

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

316

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mai 1900, à 1 heure

Par GABRIEL ROUMENTEAU

Né à Bellac (Haute-Vienne) le 26 février 1870.

DES

ECCHYMOSES SPONTANÉES

DANS LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { MM. POTAIN, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et TEISSIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 mai 1900, à 1 heure

Par GABRIEL ROUMENTEAU

Né à Bellac (Haute-Vienne) le 26 février 1870.

DES

ECCHYMOSES SPONTANÉES

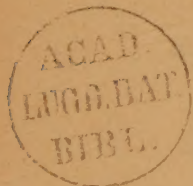
DANS LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. POTAIN, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et TEISSIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATEIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

316

A LA MÉMOIRE DE MA BONNE MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

DES

ECCHYMOSES SPONTANÉES

DANS LES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

INTRODUCTION

Quand on parcourt la littérature médicale en quête d'observations sur les ecchymoses spontanées dans les maladies du système nerveux, on trouve épars, mais tous avec des noms d'emprunt, certains faits qui s'y rapportent et c'est sous la rubrique : purpura, hémorrhagies cutanées, chocs, stigmates hystériques qu'on les découvre le plus ordinairement. Il faut arriver en 1880 à l'importante communication de Strauss (*Archives de neurologie*) au sujet de tabétiques porteurs d'ecchymoses pour les voir enfin prendre place dans la symptomatologie nerveuse.

D'autres observateurs ont étendu depuis, le champ

des investigations à d'autres maladies de la moelle, à quelques maladies de l'encéphale, aux névroses et à certaines affections des nerfs périphériques.

Les traités classiques sont à peu près muets sur ce symptôme qui semble oublié au milieu des nombreux troubles vaso-moteurs dont sont tributaires les maladies nerveuses, et il n'existe à notre connaissance aucun travail d'ensemble sur ce sujet.

Sur les conseils de notre ancien condisciple et ami M. G. Carrière, agrégé de la faculté de Lille nous avons entrepris l'étude de cette question qui fait le sujet de notre thèse.

Cette étude consistera à définir dans une première partie le terme « ecchymoses spontanées, » à limiter notre sujet et à les séparer d'avec les hémorrhagies spontanées en général. A faire dans un second chapitre l'étude séméiologique comprenant les signes des ecchymoses spontanées, les causes prédisposantes, les causes déterminantes dans les diverses affections nerveuses. A discuter dans une troisième partie les théories pathogéniques. A déterminer enfin, dans deux paragraphes distincts la valeur pronostique qu'elles ont par elles-mêmes ou au point de vue de l'affection nerveuse causale, et les indications thérapeutiques qui en découlent.

Parvenu au terme de nos études médicales, il est un devoir qu'il nous est particulièrement agréable de remplir envers tous nos anciens maîtres.

Nous remercions nos premiers maîtres à l'Ecole et dans les hôpitaux de Poitiers : MM. Chrétien et Mala-

pert qui nous ont enseigné les éléments de la clinique chirurgicale et surtout notre cher maître M. le docteur Delaunay qui a bien voulu s'intéresser particulièrement à nos études d'anatomie et de physiologie.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris veuillent bien agréer l'hommage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous ont donné.

Que notre ami, M. le Docteur Carrière, qui nous a permis d'utiliser ses travaux reçoive ici nos plus sincères remerciements.

Que notre président de thèse, M. le Professeur Joffroy, veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance.

DÉFINITION

Ecchymose, de *εκχυμωσις*, au sens étymologique (*εκ* hors de, *χυμος* suc) signifie extravasation du sang ; mais cette extravasation n'est que la cause, tandis que l'ecchymose est la résultante.

L'ecchymose est une tache rouge brun, noirâtre, violette, jaunâtre ou verdâtre, qui apparaît à la surface des organes et des téguments à la suite de l'extravasation du sang hors des vaisseaux, soit par diapédèse, soit par rupture, de son infiltration dans les tissus et de la transformation successive des éléments sanguins tenant aux modifications hématiques qui se produisent au contact de l'air.

Cette définition s'applique aux ecchymoses traumatiques et aux ecchymoses spontanées.

Elles doivent être séparées, parcequ'elles constituent deux espèces nosologiques éloignées tant par leurs causes que par leurs modes de formation dans des régions essentiellement différentes. Les premières en effet, se produisent à la suite d'un choc, d'une chute ; elles résultent toujours d'une rupture des vaisseaux capillaires siégeant dans le tissu conjonctif et ont une tendance à s'étendre. Les secondes se montrent au contraire d'une manière fortuite, sans cause occasionnelle apparente, sans trauma ;

elles proviennent soit du passage des globules par diapédèse à travers la paroi vasculaire, soit d'une rupture incomplète des vaisseaux ; elles siègent dans l'épaisseur de la peau ou de certaines membranes et ne présentent aucune tendance à la diffusion.

Nous définissons donc ainsi l'ecchymose spontanée :
« C'est une tache rouge brun, noirâtre, violette, jaunâtre ou verdâtre qui apparaît à la surface de la peau ou de certaines membranes d'une manière fortuite, sans cause occasionnelle apparente, sans trauma, et subit ensuite les mêmes transformations hématiques que les ecchymoses ordinaires. »

Cette définition tracerait elle-même les limites de notre sujet si nous n'avions été obligé d'y comprendre les ecchymoses sous-séreuses siégeant sur les poumons ou sur le cœur, celles des muqueuses occupant certains points du tube digestif ou des voies respiratoires et aussi celles de l'aponévrose épicroténienne. Les unes et les autres ont sans doute la même origine, mais nous nous entiendrons exclusivement aux ecchymoses tégumentaires.

Enfin nous éliminons un certain nombre de maladies pouvant présenter dans le cours de leur évolution des hémorrhagies spontanées. Nous avons nommé la péliose rhumatismale, l'érythème polymorphe, le zona hémorrhagique, la variole et surtout le purpura.

Ces affections peuvent survenir dans le cours des maladies du système nerveux, mais en ce cas, les ecchymoses qui se produisent n'appartiennent pas à la variété que nous voulons envisager.

D'ailleurs, leur nature particulière, leur origine infectieuse, leurs symptômes, ne permettent pas de les confondre avec les maladies nerveuses seules visées dans les chapitres qui vont suivre.

C'est donc l'étude des ecchymoses tégumentaires qui surviennent dans le cours des maladies du système nerveux indépendamment de toute affection hémorrhagique que nous allons entreprendre.

ÉTUDE CLINIQUE ET OBSERVATIONS

Un grand nombre d'affections du système nerveux peuvent présenter dans le cours de leur évolution clinique des troubles vaso-moteurs variant de la roséole émotive au purpura en passant par toutes les nuances intermédiaires.

Nous nous adressons successivement aux maladies.

a). — Des méninges.

b). — De l'encéphale.

c). — De la moelle.

d). — Des nerfs périphériques.

e). — Des névroses.

A). — *Troubles vaso-moteurs dans les affections
mèningées.*

Dans les affections des méninges ces troubles n'ont été que peu ou point étudiés. L'observation de M. Troisier (1873) est la première et la seule qui fasse mention d'ecchymoses dans le cours d'une méningite tuberculeuse.

OBSERVATION I

Méningite cérébro-spinale tuberculeuse.

R..., 48 ans, ancien comptable, entre dans le service de Vulpian, à la Pitié, le 24 mars 1873. Cet homme présentait un état cachectique très avancé, il était d'une maigreur extrême : la peau et les muqueuses étaient décolorées *il existait de larges ecchymoses spontanées sur l'avant-bras droit et sur les cuisses.*

Souffle anémique au premier temps à la base du cœur.

Le malade ne tousse pas. L'examen de la poitrine est tout à fait négatif. Le ventre n'est pas douloureux ; il n'y a pas de diarrhée.

Il va en convalescence à Vincennes.

Rentré de nouveau le 30 avril, il se plaint d'éprouver une très grande faiblesse et accuse de la fièvre le soir. Rétention d'urine. Examen de la poitrine et de l'abdomen négatifs. Le malade reste dans le même état pendant quelques jours étendu sur son lit à demi somnolent. Le 4 mai, il se plaint de douleurs dans la région dorso-lombaire ; on remarque en le faisant asseoir la raideur du cou et du tronc ; la tête est renversée, il est difficile de la ramener en avant. Les bras et les avant-bras, sont eux aussi, légèrement contractés. La rétention d'urine persiste ; incontinence des fèces.

T. A 38°4.

Le 5 mai. — Au soir le malade remue difficilement les membres inférieurs.

Le 6 mai. — Il existe une paraplégie complète ; les membres

inférieurs sont flasques, complètement privés de mouvement; le contact n'est pas perçu ; le pincement de la peau est senti à droite et l'on peut déterminer de ce côté par le chatouillement de la plante des pieds des mouvements réflexes peu étendus d'extension des orteils et de flexion du pied. A gauche, on ne peut pas déterminer de mouvements réflexes et il y a diminution de la sensibilité à la douleur. Mouvements des membres supérieurs conservés ainsi que sensibilité à la douleur.

Le simple contact, le frottement ne sont pas sentis.

Le malade n'a pas perdu connaissance, mais a l'air hébété.

Il meurt le 7 mai.

AUTOPSIE. — Cavité crânienne. — Quantité considérable de liquide céphalo-rachidien M niges épaissies surtout à la base. La scissure de Sylvius à droite et la partie antérieure de la scissure interhémisphérique sont le siège d'un amas de granulations grises tuberculeuses : on en trouve aussi sur le reste des m niges, en particulier au fond des anfractuosités et même à la partie périphérique des circonvolutions. En étalant les m niges, on voit des granulations qui siègent au voisinage des fines ramifications artérielles et sur les parois vasculaires mêmes ; on en voit également en dehors des vaisseaux.

Les m niges du cervelet épaissies, n'offrent pas beaucoup de tubercules ; les artères de la base de l'encéphale ne sont pas scléreuses. Les m niges épaissies leur forment comme un manchon filamenteux.

Cavités rachidiennes. — M niges de la face antérieure du bulbe très épaissies. Pas d'épaississement notable de la pie-mère sur les faces antérieure et latérale de la moëlle épinière, mais sur la face postérieure, surtout dans la région dorso-lombaire, on voit que la pie-mère et l'arachnoïde sont

très épaissies, grisâtres, filamenteuses et contiennent des granulations tuberculeuses.

Les vaisseaux qui rampent sur la face postérieure de la moelle, gorgés de sang, ne sont oblitérés en aucun point. La moelle épinière à l'état frais paraît saine (pas de parties ramollies).

Cette observation bien qu'incomplète est très intéressante.

1° Parce qu'elle nous montre que les ecchymoses peuvent être un des premiers signes en date de la méningite tuberculeuse. En effet un homme entre à l'hôpital porteur de larges ecchymoses spontanées sur l'avant-bras droit et sur les cuisses. Il est dans un état cachectique mais on ne lui trouve aucune lésion apparente. Il part en convalescence et revient un mois après avec tous les signes d'une méningite cérébro-spinale tuberculeuse confirmée par l'autopsie.

N'est-il pas probable que cet homme avait déjà subi au moment de son entrée une poussée granulique dans les méninges rachidiennes dont le seul signe manifeste avait été l'apparition d'ecchymoses; puis était survenue la méningite péri-tubulaire avec épaissement des méninges déterminant les paralysies et les contractures.

2° Les rapports entre le siège de la lésion cutanée et le siège des lésions rachidiennes sont remarquables. Les ecchymoses se montrent du côté droit sur l'avant-bras, et quand vient la contracture, c'est encore et surtout ce côté qui est atteint : les deux membres inférieurs ont aussi présenté des ecchymoses, et les lé-

sions les plus considérables des méninges occupent la région dorso-lombaire.

En somme, ces phénomènes peuvent jusqu'à un certain point indiquer la relation existant entre les lésions médullaires et l'apparition des ecchymoses.

Il est regrettable toutefois qu'on n'ait pas fait un examen de la moelle ni des racines rachidiennes.

OBSERVATION II

(Inédite). Due à l'obligeance de M. le Docteur Carrière agrégé de la faculté de Lille.

Méningite tuberculeuse diffuse. Dégénérescence des cellules de la colonne de Clarke. Névrite ancienne du cinquième nerf intercostal droit. Vascularite papillaire.

G..., Henri, 41 ans, marin. Son frère est mort de la dysenterie, sa mère est bien portante.

Il a des frères et des sœurs tous bien portants.

A huit ans, le malade a eu la dysenterie. Dans son enfance, il a eu également la rougeole ; à l'âge de 16 ans 1/2 du rhumatisme, et, à 24 ans, un chancre, à la suite duquel il a eu de fréquents maux de gorge et des douleurs ostéocopes.

Il y a quatre ans et demi, il a uriné le sang en quantité assez considérable.

Depuis trois ans, il a été occupé dans les navires et s'est livré assez fréquemment à des travaux de peinture : à ce moment, il a eu la jaunisse. Depuis deux ans, il est sujet, nous dit-il, à des coliques qui surviennent par intervalles et surtout depuis trois mois où elles deviennent plus intenses.

Il a maigri très rapidement.

Depuis 2 ans 1/2, époque à laquelle il venait à Bordeaux à bord du Sénégal, il a des fièvres intermittentes.

Le 15 février 1893. — Il entre à l'hôpital pour ses coliques.

Etat actuel, 15 février 1893 au soir.

Le malade a l'air amaigri, la coloration des téguments est jaunâtre comme celle des mulâtres. Il n'y a pas d'œdème.

La langue est saburrale, les gencives décolorées présentent un léger liseré de Burton.

L'appétit du malade est conservé mais les digestions sont pénibles.

Il a fréquemment des aigreurs d'estomac. Habituellement une demi-heure après le repas il ressent des coliques très intenses généralisées, avec irradiations vers le pli de l'aîne. L'épigastre est gonflé, et, à la succussion hippocratique, on entend nettement le clapotement.

Le ventre est ballonné, tendu ; la pression même légère détermine une douleur très vive.

Pas de tympanisme. Sonorité normale. Constipation habituelle, surtout depuis les coliques, à la suite desquelles il fait, sans effet des efforts réitérés pour aller à la selle. Les selles sont constituées par des matières verdâtres et dures.

Le malade a des hémorroïdes, il a même du prolapsus.

Jamais il n'a eu de mélœna.

Pas d'épanchement péritonéal.

Athérome artériel généralisé.

Le malade est sujet aux palpitations de cœur ; il n'a jamais eu d'œdèmes.

Il n'y a pas de voussure de la région précordiale : on ne peut délimiter le cœur à la percussion.

On ne voit ni ne sent battre la pointe.

Rien à l'auscultation si ce n'est un léger souffle à l'orifice aortique et au deuxième temps.

Le pouls est petit, filiforme, trémulateur : 84 pulsations.

Rien aux poumons.

Le malade est sujet depuis un mois à des céphalées intenses dont le maximum se trouve au niveau de l'occiput.

Diagnostic porté : Péritonite tuberculeuse.

17 février 1893 matin. — Le malade a souffert toute la nuit de son ventre.

Il a le ventre rétracté en bateau.

Le foie semble déborder légèrement le rebord costal et n'est pas douloureux.

Les urines sont normales : pas d'albumine, pas de sucre.

Pouls 100 pulsations. Potion :

Chloral	2 grammes
Sirop d'éther.	30 grammes
Tood	120 grammes

T. 37°5.

19 février. — Les douleurs persistent avec le même caractère. Céphalée intense la nuit dernière, à maximum occipital.

20 février. — Le malade se plaint d'un point de côté très douloureux à droite.

T. 39°4.

Pouls 104.

A l'auscultation de la poitrine on perçoit un souffle tubaire intense au niveau de la clavicule droite.

Rien à gauche.

En arrière et à droite, on perçoit une diminution de la sonorité surtout à la base et un souffle tubaire très fort, dont le maximum est au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

Pectorilquie-aphone.

Pas de crachats.

Dyspnée légère : 40 inspirations.

Toux sèche et quinteuse.

Point de côté localisé dans le cinquième espace intercostal droit.

Vésicatoire de 15 sur 15 :

Extrait de quinquina	4 grammes
Kermès	0 20
Tood	1 50

Le 21 février. — Le malade semble un peu mieux, cependant il se plaint encore d'une douleur très intense, en ceinture, au niveau du quatrième espace intercostal.

Le souffle semble avoir légèrement diminué.

Sulfate de quinine. 0 gr. 75.

Extrait de quinquina 4 gr.

La douleur intercostale a un caractère névralgique ; en ce lieu on trouve des pétéchies ponctiformes régulièrement distribuées sur le trajet du nerf. Le pincement en produit de nouvelles : une piqûre saigne abondamment.

21 février soir. — Le malade est couché sur le côté droit.

La toux est sèche et quinteuse.

Pas d'expectoration.

Dyspnée intense = 45.

Pouls = 104.

Douleur vive dans tout le côté gauche.

Rien de nouveau à la palpation et à la percussion.

A l'auscultation : râles fins éclatant par bouffées sous l'oreille, à l'inspiration, du côté droit.

Vésicatoire 15/20.

Potion avec Hydrate de chloral.	2 grammes
— Eau laurier cerise.	6 —
— Sirop de codéine.	30 —
— Sirop de fleur d'oranger.	90 —

22 février 1893. — La nuit a été bonne, le malade a bien dormi, il est calme.

Cependant la dyspnée persiste, elle est même plus intense et revêt le type inspiratoire.

Pouls 140.

La douleur est considérablement diminuée, la toux persiste sèche et quinteuse, surtout par crises. Elle est suivie d'une expectoration peu abondante et légèrement purulente, non hémorrhagique.

Les râles sous-crépitants de la veille persistent du côté droit : ils apparaissent du côté gauche peu intenses et rares à la base, très abondants dans la fosse sous-épineuse. A la percussion : tympanisme dans la fosse claviculaire gauche en avant ; matité en arrière et à gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. A droite, diminution de la sonorité jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Rien au cœur.

Céphalée occipitale très intense.

Pupille normale.

Frictions mercurielles.

23 février. — Pouls 128 pulsations.

Le malade est couché sur le flanc droit « en chien de fusil ».

La respiration est fréquente ; 68.

Epistaxis à 7 heures du matin.

Les douleurs occipitales persistent.

Inégalité pupillaire.

Sécrétion exagérée de sueur. Atropine 1/2 milligramme même traitement.

23 février soir. — A 2 heures 1/2 le malade a eu des convulsions épileptiformes généralisées (piqûre de morphine). Il est affaîssé, couvert de sueur.

Le même jour on avait constaté l'existence de *pétéchies disséminées sur tout le corps*. Celles-ci avaient des dimensions

variant de celle d'un pois à celle d'une pièce de cinq francs. Elles avaient presque toutes le même âge et le même aspect. Elles étaient séparées par des intervalles de peau saine et prédominaient au niveau des plis de flexion.

La piqure faite à l'aide d'une épingle saignait, facilement et abondamment.

Vomissement et hoquet. Contracture de la nuque.

Dyspnée 44. Puls, 100 pulsations.

24 février matin. — Le malade est à l'agonie, il meurt à 9 heures et demi dans le coma.

Autopsie. — À l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses diffuses et de différents âges dans les deux poumons. Les autres organes sont sains.

À l'ouverture de la boîte crânienne il s'écoule une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien trouble. Les méninges sont épaissies et opaques par place. La pie-mère présente des plaques opalines diffusées qui, examinées de plus près, semblent constituées par des semis de granulations grises. Celles-ci prédominent au voisinage de la scissure de Sylvius et sur la concavité ; on en trouve également sur la pie-mère qui recouvre la face antérieure du bulbe. De plus la pie-mère est hyperémiee. Elle se détache facilement. Au-dessous, le cerveau paraît sain. L'examen histologique est négatif.

Le bulbe est sain macroscopiquement et microscopiquement.

Les méninges rachidiennes sont hyperémiées, et épaissies au niveau de la cinquième et de la sixième racine dorsale. La moelle est saine en apparence. Histologiquement toutes ses parties sont saines en dehors des cellules de la colonne de Clarke qui sont manifestement altérées : ballonnées, comme hydropiques et à noyau déjeté vers la périphérie parfois même fragmentés.

Le sixième nerf intercostal droit semble sain mais on noté

cependant une quantité anormale de fibres pâles et grêles mal imprégnées par l'acide osmique. Sa racine présente le même aspect. Le cinquième intercostal gauche et la racine sont sains et ne présentent pas ces lésions.

Des fragments de peau ont été recueillis au niveau des ecchymoses. On y voit le sang infiltrant les faisceaux du tissu conjonctif sous-dermique. On a été cependant frappé du fait suivant : un grand nombre de petits vaisseaux de cette région et surtout les vaisseaux intra-papillaires présentent des lésions manifestes de vascularite chronique.

B. — *Troubles vaso-moteurs dans les maladies de l'encéphale.*

Les troubles trophiques et vaso-moteurs se rencontrent fréquemment dans la paralysie générale. On y a observé des éruptions d'herpès, du zona, des excoriations, des ecchymoses, du purpura, des pétéchies. C'est ainsi que G. Savage, rapporte le cas suivant : (*Journal of mental science*, janvier 1886).

OBSERVATION III

Un homme atteint de paralysie générale, vit apparaître à la suite d'une chute sur le bras gauche une vaste collection sanguine. Les phénomènes de régression suivaient depuis plusieurs jours leur cours régulier lorsqu'il observa à la région interne des deux cuisses, depuis le pli de l'aîne presque jusqu'à la cheville, et à la région externe des deux membres, depuis l'épine iliaque jusqu'aux genoux, une éruption de pur-

pura constituée par une centaine de taches. Cette éruption varia d'aspect presque chaque jour pendant environ une semaine, puis disparut complètement.

Signalons ici encore la parfaite symétrie des lésions qui implique une action du système nerveux.

Nous trouvons aussi deux observations dans un travail de Cololian (*Archives de neurologie*, 1898) ayant rapport aux ecchymoses spontanées dans la paralysie générale.

OBSERVATION IV

La malade dont il s'agit, âgée de 50 ans, modiste, atteinte de paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, idées de satisfaction, turbulence, embarras de la parole, inconscience de sa situation.

Elle entre à Villejuif le 9 décembre 1896. Pas d'antécédents alcooliques ni syphilitiques. Le début de l'affection remonte à l'été 1875.

Elat actuel. — Elle est d'une taille moyenne avec un facies triste, la parole hésitante, la mémoire mauvaise. Les pupilles sont légèrement inégales. *Sur les membres inférieurs on constate des taches plus ou moins arrondies, inégales, en très grand nombre.* Elles sont rouge-noirâtre et ne disparaissent pas à la pression. Au bout de 15 à 20 jours elles passent pour faire place à d'autres. On ne sait pas exactement quand elles sont apparues ; elle ne les avait pas avant son entrée.

L'histoire de la seconde malade est très écourtée et ressemble à celle de la précédente, mais les lésions sont

plus avancées; elle a expulsé des dents, présenté des eschares et enfin une attaque apoplectiforme a déterminé en même temps des *taches purpuriques sur les membres inférieurs*.

En somme tous ces troubles dont on remarque encore une fois la symétrie sont attribués par l'auteur à l'action trophique des nerfs cutanés agissant sur les capillaires, les phénomènes morbides résultant, suivant lui, de la dilatation ou de la contraction anormale des vaisseaux et des troubles de nutrition qui peuvent en être la conséquence.

Gilbert a observé du purpura chez un hémiplegique et, chose intéressante, a remarqué qu'il s'était localisé du côté paralysé.

Langlois dans sa thèse relate le cas suivant :

OBSERVATION V

Hémiplégie gauche suivie de contracture. Double pleurésie sèche, mort. Péricardite hémorrhagique. Foyers hémorrhagiques dans le myocarde et le pancréas. Ecchymoses des orteils du côté paralysé.

François P..., imprimeur lithographe. Santé toujours excellente : pas d'antécédents héréditaires. Soumis dans son jeune âge à des fatigues en disproportion avec ses forces, il prend part à la Commune, est envoyé à Nouméa et à son retour est frappé subitement, sur le pont du navire, d'une attaque d'apoplexie. Au sortir de cette attaque il était paralysé de tout le côté gauche; à la paralysie s'ajouta de la contracture et il fut admis à Ivry.

On constate la paralysie des membres à gauche et par

suite des contractions concomitantes ; la flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, de l'avant-bras sur le bras, et de la main sur l'avant-bras.

Sur la face dorsale des quatre premiers orteils du pied du côté paralysé on découvre des ecchymoses de dimensions variables depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de cinquante centimes. A leur niveau, anesthésie complète : une épingle enfoncée profondément ne détermine pas de douleur.

Rien du côté droit.

Autopsie. — Les artères de la base de l'encéphale sont athéromateuses : les sylviennes à paroi épaissie, blanchâtre, ressemblent à des tuyaux de pipe.

A la surface interne des oreillettes et des ventricules on aperçoit des taches ecchymotiques, à l'examen microscopique, les vaisseaux ont leurs parois altérées et présentent de la dégénérescence graisseuse des éléments contractiles de la tunique moyenne.

Nous notons dans cette observation la localisation du purpura au côté paralysé.

Nous voyons intervenir de plus un nouveau facteur des troubles vaso-moteurs, c'est l'altération de la paroi vasculaire et l'athérome. On verra plus tard de quelle valeur sont ces altérations dans l'interprétation pathogénique des accidents qui nous occupent.

Notons en même temps la présence d'ecchymoses séreuses dans les oreillettes et les ventricules.

L'apoplexie cérébrale n'est pas exempte de ces manifestations cutanées : 1° Elles apparaissent d'après Chomel comme symptôme prémonitoire : « Il n'est pas très rare, dit-il, de voir des personnes menacées d'a-

poplexie présenter une ou plusieurs fois avant l'hémorrhagie cérébrale des ecchymoses du tissu cellulaire de la face et particulièrement des paupières et du front. Ces ecchymoses se montrent quelquefois sur une partie ou même sur presque toute la surface du corps. J'ai vu à la Salpêtrière une femme chez laquelle une moitié du corps était *parsemée d'ecchymoses formées dans l'espace d'une nuit et sans que rien eût pu faire soupçonner à la malade qu'un changement quelconque eût lieu dans son état*. Elles ont la même marche, la même gravité que les autres ecchymoses sauf chez les sujets prédisposés à l'apoplexie.

2° Elles sont un trouble consécutif à l'apoplexie.

Charcot en 1868, à la Société de biologie fait quelques remarques relatives à la production des *ecchymoses observées fréquemment sous les téguments de la tête et du cou chez les apoplectiques* et montre à l'autopsie de certains de ces malades atteints d'hémiplégie l'apopnévrose épicroânienne présentant une coloration vineuse et en quelques points de véritables ecchymoses.

Lépine en 1869 publie l'observation d'un homme atteint d'apoplexie avec convulsions épileptiformes et hémiplégie droite mort au bout de quelques heures et *présentant des ecchymoses du péricrâne à droite*.

Lépine reconnaît comme Charcot que les ecchymoses de l'épicroâne ont pour cause la paralysie vaso-motrice mais il se demande si elle est seule en jeu et si dans son cas la production des ecchymoses n'a pas été favorisée par les convulsions épileptiformes.

En 1886, M. le professeur Joffroy communique à la société de biologie une observation du plus grand intérêt.

OBSERVATION VI

La nommée B... âgée de 66 ans est apportée à la Pitié dans le service de Lasègue le 27 décembre 1875. Elle se portait bien et travaillait lorsqu'elle fut prise d'une attaque violente d'apoplexie et apportée à la Pitié sans connaissance.

Après 7 ou 8 heures de repos le coma était moins prononcé et on remarquait une hémiplegie complète de la moitié droite du corps avec un léger degré de raideur de l'articulation du coude. La paralysie de la partie inférieure de la face était assez marquée ; il y avait une déviation conjuguée des yeux et de la tête du côté gauche très accentuée.

Le 28 décembre. — Elle présentait un peu de rougeur de la fesse gauche.

Le 29 au soir. — La rougeur avait fait place à une *teinte violacée ecchymotique formant une tache de 1 centimètre de diamètre.*

Le 30. — Le derme est excorié et noirâtre au niveau de la tache, et l'excoriation entourée d'une zone ecchymotique de 1 centimètre.

Le 31. — L'eschare a 6 centimètres, la zone ecchymotique de 1 à 2 centimètres.

Elle meurt le 2 janvier. Eschare 10 centimètres.

On constata également durant les deux derniers jours des taches ecchymotiques de peu d'étendue sur la fesse du côté non paralysé à 3 cent de la ligne interfessière. A l'autopsie

on constate un foyer hémorrhagique de l'hémisphère gauche.

Les artères étaient peu athéromateuses.

Keller a recherché si les ecchymoses n'existaient pas chez les aliénés et n'a rien trouvé qui put le faire croire. Billod lui a dit en avoir observé sur les cadavres de mélancoliques et Hoyt (1894) en a signalé un exemple chez un dément paralytique.

C. — *Troubles vaso-moteurs dans les maladies de la moëlle.*

L'honneur d'avoir attiré l'attention des cliniciens dans les maladies de la moëlle sur les troubles vaso-moteurs qui nous occupent revient tout entier à Strauss qui le premier signala chez les tabétiques la présence d'ecchymoses.

Avant lui Vulpian avait vu une roséole coïncider avec des crises gastriques dans la maladie de Duchesne.

Chevalier dans sa thèse (Paris 1875) rapporte un cas de sclérose en plaque dont les manifestations étaient plus accentuées à droite, *et le purpura*, de même que chez l'hémiplégique de Gilbert, se trouvait localisé au côté malade ce qui démontre nettement, dit-il, l'influence du système nerveux.

A l'étranger, ces manifestations n'étaient pas connues. Ziemssen parle de taches bleuâtres qu'on a signalées sans pouvoir préciser si ces troubles avaient

des rapports avec la sclérose des cordons postérieurs chez les ataxiques.

C'est en 1880 que Strauss publie son mémoire auquel nous empruntons les observations qui suivent :

OBSERVATION VII

Ataxie locomotrice datant de 6 ans. Violentes douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Apparition d'ecchymoses sur les membres inférieurs et supérieurs.

M... Pierre, 34 ans, menuisier, entré le 16 janvier. Le 8 mars, pour la première fois, *on constate au niveau de la rotule et de la face externe du tibia du côté gauche, la présence d'ecchymoses verdâtres* ressemblant absolument à celles qui proviendraient d'un coup.

On pense qu'elles étaient le résultat de percussions trop énergiques faites dans le but d'explorer le réflexe patellaire ; mais le malade déclare que ces ecchymoses n'existent que depuis vingt-quatre heures, qu'elles n'ont rien à faire avec le traumatisme et que leur apparition coïncide avec une crise de douleurs fulgurantes des extrémités inférieures qui s'est produite dans la nuit du 6 au 7 mars. Il dit avoir souvent observé ces taches en pareil cas depuis 1875.

Elles dureront de trois à cinq jours, plus ou moins longtemps suivant leur étendue qui ne dépasse guère celle d'une pièce de 5 francs et suivant l'intensité de leur coloration. Ces taches se produiraient toujours après les grandes crises douloureuses nocturnes, et auraient commencé à se montrer précisément à l'époque où les douleurs sont devenues violentes et de longue durée comme elles le sont encore aujourd'hui.

Le malade dit être certain de ne s'être jamais cogné, de n'avoir jamais fait de chute ni reçu de coup avant la production de ces taches. Ces taches sont généralement situées, dit-il, au-dessus des points particulièrement douloureux, à une distance variant de 10 à 15 centimètres ; elles sont d'abord d'un rouge vineux, sans élévation ni saillie, sans douleurs spontanées ni à la pression, ni à tout autre moment ; elles deviennent ensuite verdâtres, puis jaunâtres, puis disparaissent complètement après une durée maxima de cinq à six jours. Le malade a constaté ce phénomène une vingtaine de fois, dit-il, et plusieurs fois au gras du mollet, ce qui exclut toute idée de choc contre une partie osseuse située superficiellement comme par exemple la face antéro-interne du tibia.

18 mars. — Toute trace des dernières ecchymoses a disparu. Le malade ne ressent actuellement que des douleurs constrictives qui ne donnent pas lieu à la production de troubles vaso-moteurs ecchymotiques.

20 Mars. — Le malade a vu éclore à la suite de ses douleurs qui n'ont pas cependant le caractère fulgurant, *des taches au nombre de deux* situées à la région de la patte d'oie (jambe gauche). Il dit à ce propos avoir remarqué que les taches sont d'autant plus développées que la douleur a été plus aiguë, et, dans le cas actuel, où il a assez peu souffert, elles sont relativement pâles et peu développées, atteignant à peine le diamètre d'une pièce de un franc.

22 mars. — Eruption érythémateuse sur la cuisse et la jambe, tranchant absolument avec les taches ecchymotiques.

25 mars. — Le malade ayant éprouvé des douleurs constrictives le long de la portion radiale des deux bras et son attention ayant été éveillée à ce sujet, il s'aperçut, étant au bain de la présence sur la partie moyenne et antérieure du

bras au niveau du centre du biceps, *de trois taches ecchymotiques*. L'une de ces taches, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, offre une teinte rouge sombre franchement hématiche. Elle est entourée d'une zone pâle, jaune sale, indiquant déjà un certain degré d'altération du pigment sanguin. Vers la saignée existent *deux ou trois taches* d'un jaune plus éteint, de la grandeur d'une lentille ; aucune trace d'éruption ni de modification de la vacularisation de la peau partout ailleurs. Sur le bras gauche, à la face postérieure, en arrière de l'empreinte deltoïdienne, existe également *une tache ecchymotique très petite* ; *il en est de même à la région épicondyléenne*. Interrogé, le malade nous dit que pour la première fois depuis sa maladie, il a éprouvé dans les avant-bras, jusqu'au coude, des douleurs non lancinantes mais constrictives. Ces douleurs sans être permanentes, durent long temps, et procèdent par crises d'une heure environ, avec sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les mains et le poignet principalement, et il lui semble quand il soulève la main, qu'il élève un poids de plusieurs kilogs. Ici donc comme aux extrémités inférieures, les ecchymoses siègent dans le segment du membre situé au-dessus de celui où résident principalement les douleurs.

Pas de troubles dans la sensibilité à la peau du membre supérieur.

26 Mars. — Dans la soirée, douleurs violentes occupant les jambes et les bras ainsi que les orteils et la plante des pieds.

Elles durent jusqu'au 27 à 2 heures.

Le 28. — Le malade *aperçoit sur la face antérieure de la jambe droite le long de la crête du tibia, des taches nombreuses occupant tout le haut de la jambe*, d'une coloration rouge

pâle se rapprochant déjà d'après le malade des anciennes ecchymoses. Ces taches n'étaient pas franchement hématiques même au début de leur apparition. Le malade, dont l'attention est portée sur ce point, avait examiné ses jambes avant midi et à ce moment il n'avait pas trouvé trace de taches. Comme d'habitude leur apparition coïncide avec l'abaissement des douleurs ; le malade a regardé ses jambes avec la presque certitude d'y trouver ces taches ; il a dormi cette nuit.

Ce matin, 29, nous constatons de *véritables taches ecchymotiques*, dont deux de la grandeur d'une pièce de deux francs, brun-rouge au centre, verdâtres à la périphérie. Au membre supérieur, où les douleurs ont été moins fortes, pas d'ecchymoses ; les dernières ont disparu.

3 avril. — Il arrive, dit-il, par extraordinaire qu'il éprouve des douleurs accusées surtout dans un membre l'autre étant presque indemne, et que les ecchymoses se montrent sur le membre non douloureux.

5 avril. — Hier matin est apparue à la partie antérieure du biceps *une tache rouge vineuse* de la dimension d'une pièce de vingt centimes, qui a pris en très peu de temps la teinte brunâtre que nous observions généralement, n'ayant jamais pu assister à l'éclosion d'une de ces taches, laquelle alors au dire du malade serait d'un rouge franc.

1^{er} novembre. — Le malade a des douleurs plus rares. Apparition de taches pâles et rares.

Il sort quelques jours après.

OBSERVATION VIII (Strauss).

Ataxie locomotrice ancienne. Attaques épileptiformes. Taches ecchymotiques sur les membres inférieurs.

D... Alexandre 40 ans, voiturier. Entré le 14 juillet. Le 30 juillet on constate sur les deux jambes *des taches jaunâtres évidemment hématiques et ressemblant à une ecchymose en voie de régression*. Une de ces taches occupe la face interne du tibia droit à cinq travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou : elle a environ 5 centimètres de long sur 1 centimètre 1/2 de large. Un peu au-dessous existe une tache un peu plus petite.

Du côté gauche, une tache semblable du volume d'une pièce de un franc occupe la face externe à un travers de main au-dessous du genou. Enfin une autre occupe le gras du mollet non loin du creux poplité. *Le malade assure avoir eu souvent des taches semblables*. Elles seraient couleur brun-rougeâtre au début et prendraient la teinte jaune-verdâtre ultérieurement. Ces taches sont intimement liées aux douleurs que le malade éprouve dans les jambes. Elles suivent ces douleurs, ou du moins le malade n'en a jamais remarqué avant d'avoir eu des douleurs fulgurantes. Les taches apparaissent au-dessus du point qui a été le siège principal de la douleur. Ainsi, quand celle-ci siège au tiers inférieur de la jambe, c'est dans le tiers supérieur qu'elle survient les taches.

30 juillet. — Sous nos yeux le malade est pris de douleurs fulgurantes à la plante du pied et prétend que le lendemain il aura des taches.

8 août. — Le malade a eu des douleurs térébrantes dans le

cou de pied toute la nuit. Ce matin il s'est aperçu de l'apparition d'une tache bleuâtre vers le milieu du mollet droit. Cette tache a complètement disparu au moment où nous examinons le malade. Quelques jours après il exige sa sortie.

OBSERVATION IX (Strauss).

Ataxie locomotrice datant de 10 ans. Ecchymoses sur les membres inférieurs à la suite de crises de douleurs fulgurantes.

Van M. 51 ans, ébéniste. Le malade présente des crises de douleurs fulgurantes, et souvent, le lendemain, il aperçoit sur les cuisses surtout à droite, *des taches, des plaques, produites comme par une pression forte et prolongée ou par des coups*. Jamais il n'en a vu sur les jambes ou d'ailleurs il n'a jamais senti de douleurs acérées. Le malade n'aperçoit les taches que le lendemain des crises, mais il reconnaît n'avoir jamais porté son attention sur le moment précis de leur apparition.

Leur étendue est variable. Les unes ont la largeur d'une pièce de deux francs, les autres d'une pièce de cinq francs. Leur forme est elliptique ou ovale. Elles ne font pas saillie au dessus de la peau. Elles ne sont pas douloureuses. Leur apparition coïncide avec la disparition absolue des douleurs fulgurantes.

Ces taches sont multiples et irrégulières, disséminées sur la surface de la cuisse. Leur coloris est d'abord rouge, puis devient bleuâtre, violacé, jaunâtre. Après ces transformations successives elles disparaissent au bout de deux, trois, quatre jours sans laisser de traces.

Ce malade n'avait pas d'antécédents héréditaires. Après la guerre il fut pris de douleurs aux membres supérieurs, dou-

leurs comparées à une cassure. Il n'y a jamais vu de taches non plus qu'à l'épigastre. Des crises gastriques succédant à un refroidissement l'avaient atteint en 1870. *Il vomit une fois il y a deux ans pendant une crise gastrique une écuelle de sang pur.* Il avait donc eu déjà des phénomènes d'ataxie.

OBSERVATION X (Strauss).

M. L..., 41 ans.

A l'âge de 35 ans, il a des douleurs fulgurantes prises pour du rhumatisme.

Actuellement, violentes crises de douleurs fulgurantes des membres inférieurs, crises gastriques et rectales avec, pendant quatre ans, hémorrhagies par l'anus. En l'interrogeant il raconte que deux ans après le début de la maladie il s'aperçoit qu'à la suite de violentes douleurs d'une durée de 12, 18, 24 heures réparties dans les jambes et à l'endroit où il sentait des pulsations et éprouvait des sensations de fortes piqures avec tenaillements, il restait après les douleurs passées, *une plaque de couleur jaunâtre foncé de la dimension d'une pièce de un franc.* Cela se produisait sur les parties charnues, soit aux mollets, soit aux cuisses et disparaissait au bout de quinze jours.

Il l'a remarqué pendant dix ans : depuis cinq ou six ans ces taches ne paraissent plus.

OBSERVATION XI (Strauss).

Douleurs fulgurantes des extrémités inférieures depuis quinze ans ; incoordination motrice très accusée. Troubles visuels. Antécédents syphilitiques.

B..., 52 ans, employé de magasin.

Les douleurs fulgurantes surviennent par intervalles de

quinze jours, sont très vives depuis six à douze jours, et surviennent surtout pendant la nuit.

A la suite de ces crises, le matin au réveil, le malade a observé à plusieurs reprises, la présence de *taches apparaissant spontanément* dans le voisinage de l'endroit où les douleurs étaient le plus vives ; ces taches rouge sombre d'abord, deviennent vertes, puis jaunes, et disparaissent au bout de quelques jours.

A diverses reprises pendant son séjour à l'hôpital, on a pu s'assurer de la production de ces taches, à la suite de fortes crises douloureuses au membre inférieur.

OBSERVATION XII (Strauss).

Ataxie locomotrice d'origine probablement syphilitique ; douleurs fulgurantes et crises gastriques. Constatation sur les membres inférieures de taches ecchymotiques spontanées.

Ernest H..., 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Fièvre typhoïde à 18 ans, chancre probablement syphilitique à 19 ans ; à 27 ans, pendant la guerre pieds gelés, il reste pendant deux mois sans pouvoir les remuer après quoi la sensibilité et le mouvement reviennent pour aboutir à une guérison complète.

Depuis deux ans, sans cause connue, douleurs fulgurantes, crises gastriques avec vomissements, marche incertaine, sensibilité émoussée, mictions involontaires en somme, tous les signes d'une ataxie locomotrice.

Traitement mercuriel. Pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Parti à Vincennes le 16 avril 1880, il revient dans le service le 30 octobre se plaignant d'une recrudescence de sa douleur fulgurante.

On cherche alors s'il existe chez lui des ecchymoses spontanées, et voici ce que l'on constate.

Les douleurs fulgurantes reviennent tous les deux ou trois jours, presque toujours la nuit, occupant de préférence les cuisses, les jambes et les genoux. Plusieurs fois, à la visite du matin, on a constaté sur *la jambe droite et au genou gauche de petites taches jaunâtres* de la grandeur d'un pois ou d'une noisette, ne disparaissant pas sous le doigt et qui durent trois ou quatre jours en moyenne. On s'est demandé si elles n'étaient pas le résultat de coups, mais à côté d'elles se distinguaient parfaitement de véritables ecchymoses traumatiques, qui n'avaient ni la forme ni la dimension des autres, qui correspondaient toujours au tibia ou à la rotule, et qui à la pression, n'étaient le siège d'aucune douleur. Des taches jaunâtres siégeaient à la partie postérieure du mollet ou des jointures ou l'idée d'un traumatisme était difficilement soutenable.

Le malade affirmait d'ailleurs que *ces taches survenaient spontanément* et le plus souvent à la suite de douleurs fulgurantes.

On n'a jamais surpris chez lui l'ecchymose à sa phase initiale, c'est-à-dire avec la teinte rouge vineuse plus ou moins accentuée : les taches étaient toujours d'emblée jaunâtres, ressemblant à du purpura pâle. Nous en avons conclu que probablement les hémorrhagies se faisaient assez profondément dans le derme et qu'elles ne devenaient visibles que quand la matière colorante s'était diffusée à travers les couches plus superficielles de la peau.

Du 1^{er} novembre au 15 décembre les *taches jaunâtres ecchymotiques ont été constatées trois fois*. Il est vrai que sous l'influence du traitement, (salicylate de soude et bains sulfureux) les douleurs fulgurantes étaient devenues plus rares.

Sort le 15 décembre.

Toutes ces observations semblent calquées les unes sur les autres et tendent à démontrer que les ecchymoses tabétiques apparaissent spontanément à la suite des grandes crises de douleurs fulgurantes.

Nous aurons plus tard l'occasion de discuter l'interprétation de tous ces phénomènes donnée par Strauss.

Ces taches hématiques ne se montrent pas seulement sous la peau des ataxiques mais on les voit parfois sourdre sous les ongles des orteils et donner lieu comme dans l'observation de M. le professeur Joffroy à la chute de l'ongle.

OBSERVATION XIII (Joffroy).

Il s'agit d'un ataxique qui un jour s'aperçut que l'ongle recouvrant le gros orteil du côté gauche était complètement noir comme s'il *existait une ecchymose sous-unguéale*. Le lendemain l'ongle était détaché en partie et tombait le troisième jour.

On supposa d'abord un traumatisme mais la semaine suivante le même fait se produisit à droite sans phénomènes douloureux.

On s'est beaucoup inquiété de l'ecchymose au point de vue de la chute de l'ongle. C'est d'un phénomène spontané qu'il s'agit. phénomène se rattachant évidemment à l'ataxie locomotrice.

La chute de l'ongle n'est ici qu'un épiphénomène sans importance. si l'on tient compte que, de suite, l'on-

gle se reproduit assez rapidement, mais avec quelques irrégularités à la surface. Le fait important, celui qui a précédé et déterminé la chute de l'ongle, c'est l'ecchymose sous-unguéale, laquelle s'est produite spontanément.

Pour Domeq-Turon, l'ecchymose est inconstante, pour Pouget il déclare l'avoir rencontrée dans la majorité des cas. Toujours est-il que lorsqu'elle existe, précédée de douleurs fulgurantes, il y a lieu d'admettre qu'elle prépare la chute de l'ongle et qu'elle présente avec ces douleurs les mêmes relations que les ecchymoses sous-cutanées.

Deux ans après Strauss, Faisans dans sa thèse (1882) a cherché à établir qu'il existe une forme de purpura généralisé dont le substratum serait une lésion diffuse de la moelle et pour laquelle il a proposé le nom de purpura myelopathique.

Là encore nous avons affaire à des ecchymoses disposées symétriquement sur les membres et dont la production est due à l'influence du système nerveux, influence prouvée par le siège des lésions.

OBSERVATION XIV (Faisans).

Cancer du sein. Cancer secondaire du rachis. Ecchymoses aux membres sur le trajet des nerfs douloureux.

Catherine P..., 56 ans. Opérée il y a six ans d'un cancer du sein droit, récidive. Elle présente de fortes douleurs lombaires.

Le 5 août elle fait remarquer qu'elle a sur les jambes des *taches d'un brun-verdâtre pâle*, dont elle s'est aperçue pour la première fois la veille au soir. *Ces taches venues sans traumatisme, sont des ecchymoses spontanées*; elles siègent à la partie supérieure des jambes, face externe, et à la partie supérieure du péroné; elles affectent une disposition symétrique des deux côtés; elles sont de la grandeur d'une pièce de dix sous, sans saillie, presque confluentes et forment par leur ensemble une plaque allongée suivant l'axe du membre et ayant dix à douze centimètres de long sur cinq à six de large.

La malade ne peut dire quand elles ont commencé : elle a ressenti quelques douleurs avant leur apparition et avait déjà eu 15 jours auparavant *des taches semblables*. Les douleurs ressenties aux membres inférieurs, à la partie externe des jambes et sur le dos des pieds, affectent un caractère névralgique; elles surviennent tout d'un coup, restent pendant quelques minutes et ressemblent à des fourmillements.

7 août. — Les taches sont de la même couleur, même un peu affaiblies.

10 août. — Les douleurs ont diminué, les taches des jambes ont disparu, mais de nouvelles se sont formées aux cuisses, d'autres à la partie inférieure un peu au-dessous de la rotule. Symétriques, elles offrent la largeur d'une pièce de 20 centimes; elles sont au nombre de 4 à droite, six à gauche. Trois jours après il n'en existe plus trace.

A partir de ce moment les douleurs sont plus vives mais sans ecchymoses. Les signes physiques de cancer rachidien sont des plus nets.

Morte le 12 décembre, mœlle non examinée.

Ces ecchymoses peuvent être rapprochées de celles du tabes. Elles surviennent spontanément à la suite de crises présentant une certaine analogie avec les douleurs fulgurantes ; elles sont symétriques, n'ont qu'une durée éphémère et disparaissent sans laisser de traces.

OBSERVATION XV (Faisans).

Myélite transverse dorso-lombaire.

Le malade en question soigné pour une myélite transverse par le Sirop de Gibert et les cautérisations ponctuées au thermo-cautère aperçoit un jour sur ses deux jambes *une éruption de purpura*. De nombreuses petites taches rouges rapprochées, du diamètre d'une grosse tête d'épingle se montrent sur le dos des deux pieds autour des mailloles, et sur la jambe, aussi bien à la face postérieure qu'à la face antérieure.

Les taches sont plus disséminées en approchant du genou et on n'en retrouve plus aux cuisses. Elles disparaissent à la pression. Un mois et demi après, toute trace d'ecchymoses a disparu.

Elles dépendaient évidemment d'un trouble nerveux.

OBSERVATION XVI (Faisans).

Méningo-myélite tuberculeuse.

C'est un homme de 43 ans, chaussonnier, entré le 13 mars 1860 avec des symptômes de tuberculose des sommets plus accentués à droite qu'à gauche.

Le 29 mars. — Affaiblissement très marqué dans les mus-

es extenseurs de la main droite, sensation d'engourdissement dans la main, pas de troubles de sensibilité. Les mêmes accidents apparaissent ensuite du côté gauche.

En avril, l'affaiblissement reste marqué aux deux membres supérieurs et, dans les derniers jours de ce mois *apparaît un peu de purpura sous forme de taches lentéculaires* bleuâtres ou noirâtres manifestes surtout aux membres inférieurs.

Mort le 18 mai.

Moëlle non examinée.

Hallion, en 1889 après avoir montré comment Faisans a pu rattacher les cas d'ecchymoses précitées à des maladies de la moelle épinière, cite l'observation d'un malade chez lequel elles apparurent 28 ans après une paralysie infantile.

OBSERVATION XVII (Hallion).

Paralysie infantile, purpura localisé dans le membre atrophié.

Ce malade est âgé de 30 ans, cordonnier. A deux ans il a eu une maladie de nerfs dont on peut préciser la nature puisqu'il a conservé une paralysie de la jambe gauche qui permet de faire le diagnostic rétrospectif.

Il a montré depuis de la *tendance aux hémorrhagies* et perdait tellement de sang par le nez et les oreilles, que l'état d'anémie auquel il était réduit l'obligea de quitter son travail. Aucune lésion vasculaire appréciable à l'examen physique.

Puis un jour il aperçoit à la partie inférieure de la jambe gauche, sur la face antéro-interne, *une tache violacée*. En

même temps il commence à éprouver le soir des sensations de brûlure et des élancements douloureux dans le membre inférieur gauche. Puis une *nouvelle tache*, d'abord bleuâtre, puis noirâtre se montre : bientôt, *d'autres taches semblables* apparaissent à la même région, en même temps que survient une coloration violacée de la jambe.

Au-dessus de la région inférieure de la jambe cyanosée, sur la face antéro-interne, on voit *quelques ecchymoses ponctiformes* en rapport avec la base des poils, peu foncées. La friction efface la coloration violacée et rend apparente les taches jaunâtres ou rougâtres, circulaires, ecchymotiques, en voie de résorption.

Il n'est pas douteux, ajoute Hallion, que les troubles cutanés soient sous la dépendance des lésions nerveuses. A la vérité le siège de ces dernières dans le système antérieur du myélaxe, explique bien que les voies de conduction vasomotrices soient intéressées. Pourquoi à la congestion, à la stase sanguine pure et simple si souvent observée, s'est-il ajouté une issue de sang hors des vaisseaux ? Le passé du malade indique une tendance aux hémorrhagies : il est quelque peu hémophile. Cette influence générale qui engendre l'hémophilie n'a-t-elle pas été un des facteurs du purpura dont la lésion nerveuse a déterminé la localisation ?

Nous en aurions fini avec les maladies de la moelle si nous n'avions dans notre dossier une observation de M. le Dr Carrière relative à un cas de syringomyélie. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on signale des ecchymoses spontanées dans cette affection.

Nous n'avons trouvé en effet qu'une malade de M. le professeur Raymond, atteinte de symptômes tabétiques avec dissociation syringomyélique de la sensibilité (ce

qui rendrait le diagnostic particulièrement difficile), qui ait présenté à un moment donné sur l'index de la main droite couverte de cicatrices de bulles et sur le bord externe de la dernière phalange, *un derme rouge parsemé de petits points ecchymotiques*.

OBSERVATION XVIII

Inédite due à M. le Dr Carrière.

Syringomyélie. — Marie Bertin, 34 ans, papetière née d'un père nerveux, alcoolique, et d'une mère morte tuberculeuse. Enfant elle était très nerveuse.

Ses règles apparues à 12 ans $1/2$ ont toujours été régulières.

Vers 22 ans, elle remarque que ses mains pâlissent et rougissent alternativement et que le bout des doigts reste engourdi jusqu'à ce que les picotements annoncent le retour du sang.

A 28 ans, pendant une grossesse, elle présente sur tout le corps des taches rouges qui disparaissent après un accouchement normal suivi d'une hémorrhagie.

Vers 31 ans, se succèdent des troubles trophiques dont voici l'histoire :

Le petit doigt gauche reste pâle pendant deux ou trois jours. Survient une tourniole avec douleur très aiguë et continue : ouverte, elle laisse échapper un liquide jaunâtre et la cicatrice se ferme au bout de trois mois.

L'annulaire gauche, d'abord pâle, semble dans la suite avoir au bout comme du sang mâché qui devient un mal blanc, lequel s'ouvre et forme cicatrice au bout de trois mois, sans chute de l'ongle, sans déformation du doigt.

L'extrémité du médius gauche, d'abord violette jusqu'à la phalange, paraît blanche pendant huit jours et suppure, l'ongle tombe ; l'extrémité dévie vers l'index ; cette évolution dure un an.

Il en est de même pour l'index gauche.

Du côté droit, le petit doigt, l'annulaire et le médius présentent des accidents analogues qui évoluent en trois mois.

Durant l'hiver qui suit, l'index droit subit le même sort, et enfin, pendant un troisième hiver tous les doigts la font énormément souffrir.

Dans le même temps, elle a la sensation d'une boule qui remonte et des crises de nerfs.

A l'examen de la main gauche, le petit doigt présente un ongle strié, jaunâtre à la partie supérieure, blanchâtre à la partie inférieure il n'est pas dévié.

A l'annulaire, l'ongle est complètement déformé et dévié vers le médius ; la portion supérieure est saillante, l'inférieure creusée, très irrégulière. Rainure unguéale tuméfiée en dehors. Le médius, pâle, d'aspect lisse est tuméfié au niveau de la phalangine ; la phalangette à moitié détruite est déviée vers l'index ; il n'existe plus de rainure unguéale et l'ongle noirâtre, informe, est méconnaissable.

L'index a sa phalangette en partie disparue ; l'ongle est représenté par des fragments situés tout à fait en dehors.

Pouce normal.

A l'examen de la main droite, l'index paraît pâle ; la peau est tuméfiée, lisse et tendue : les plis de la partie supérieure sont effacés. La phalange est déviée vers le pouce. A la partie inférieure de la rainure unguéale siège une petite ulcération à fond jaunâtre avec des croûtes.

Le médius luisant et pâle a la phalangine violacée.

L'annulaire a l'ongle déformé, strié, recoquevillé.

Le petit doigt, sans plis à son extrémité supérieure, a l'ongle strié longitudinalement ; une petite croûte tombe en quelques jours.

Jamais on n'a constaté l'issue de séquestres.

La malade reste insensible au froid, mais sent parfaitement la chaleur, le contact et la piqure.

A trois reprises différentes, *après des crises douloureuses des ecchymoses spontanées* sont apparues sur le dos des mains.

Des sueurs froides abondantes baignent en même temps la face palmaire des mains. Pas de tremblement des doigts.

Quand les douleurs se produisent, les doigts deviennent blancs, froids ; elle ressent comme une sensation de pression, de torsion juste à leur extrémité et quand la chaleur revient, la coloration reparait.

Dissociation syringomyélique.

En ce moment, la malade *présente des ecchymoses de la grandeur d'une pièce de 2 francs sur le dos de chaque main.*

Pression artérielle. Temp. locale.

G = 17 30°1

D = 17 30

T membres inférieurs.

G 32°

D 32·1

Globules rouges, 6.20000.

Globules blancs, 6.200.

Pas de modification dans la coagulation de la fibrine.

Réaction normale de la pupille.

Nystagmus dans les deux sens, surtout dans le sens vertical.

Sur la face on voit des taches pigmentaires à la racine des sourcils, sur les pommettes et sur les lèvres supérieures.

Pas de tumeur au niveau des orteils.

Elle dort bien, rêve peu. Pas de troubles de la mémoire.

Elle a souvent des céphalées intenses, des éblouissements, des vertiges. Les douleurs de la nuque ne la quittent pas depuis 5 ans et, de là passent dans la tête.

Déglutition normale, soif vive. Polyphagie, selles normales, urines fréquentes.

Réflexes	du poignet	exagéré
	massétérin	un peu vif
	pharyngien	{ normaux
	oculo palpébral	
	rotulien	exagéré
	plantair	vif

Le cubital est gros, sans tuméfaction ni à droite, ni à gauche, sur le bras gauche, des cicatrices de vésicatoire, des zones pigmentaires irrégulières.

Des douleurs sourdes sont souvent ressenties dans la région lombaire, elles ne sont exaspérées ni par la pression, ni par le mouvement.

Pas de déviation de la colonne vertébrale, ni mouvements fibrillaires, ni trépidation épileptoïde.

Conservation du sens musculaire.

Les pieds sont parfois blancs, engourdis, mais n'ont jamais été le siège de troubles trophiques.

L'apparition des ecchymoses dans ce cas est-elle due seulement à l'affection médullaire : les nerfs périphériques n'étaient-ils pas aussi atteints ? On trouvait le cubital un peu gros des deux côtés, mais sans nodules. Il est permis de supposer que les troubles trophiques des mains ressemblant fort à ceux du panaris analgésique que Charcot regardait comme une variété de la syringomyélie tenaient à la névrite périphérique, d'autant mieux qu'on a constaté à l'autopsie des malades at-

teints de panaris analgésiques ou de syringomyélie
l'inflammation des nerfs périphériques.

C). — *Troubles vaso-moteurs dans les affections des
nerfs périphériques.*

Nous comprendrons dans un même chapitre tout ce
qui a rapport aux névrites et aux névralgies. Faisans
dans sa thèse cite trois cas de névrite sciatique avec
ecchymoses sous-cutanées sur le territoire du nerf en-
flammé.

OBSERVATION X V I X (Faisans).

Névrite sciatique chez un alcoolique.

Henri H..., relieur, 46 ans.

Pas d'antécédents rhumatismaux, ni syphilitiques.

Alcoolique, il rêve beaucoup et a de la pituite, du tremble-
ment, des crampes dans les mollets, de l'hypéresthésie des
membres inférieurs.

Il entre pour une douleur de la fesse gauche qui s'étend à
la cuisse, prend deux bains sulfureux, et à la suite du second
remarque une *tache jaune à la partie supérieure de la
jambe gauche.*

Il ressent des douleurs le long de cette jambe et présente
deux points (poplité et péronier) le long de la cuisse.

Rien du côté droit : on remarque sur la jambe gauche *une
large ecchymose.*

C'est le 16 novembre que le malade aperçut pour la pre-

nière fois une *tache jaune à la partie supérieure de la jambe gauche, depuis la tache s'est étendue et foncée en couleur.*

Pas de traumatisme.

L'ecchymose occupe toute la région externe de la jambe, depuis le genou qu'elle entoure, jusqu'au voisinage de la malléole externe. Elle est surtout foncée dans le creux poplité où elle présente une coloration bleu foncé. A partir de ce point l'ecchymose dégénère d'une façon insensible et passe successivement par les teintes bleu-rougeâtre, rouge foncé, rouge jaune, jaune foncé et jaune clair. Toute la région occupée par les ecchymoses est endolorie de sorte que, en dehors des points douloureux névralgiques, il existe une zone assez étendue et mal déterminée où la pression développe de la douleur. Exécuté 7 décembre.

Douleurs disparues. *Ecchymose* aperçue sur le côté interne du genou et dans le creux poplité, mais elle est très décolorée et il n'en existe plus sur les autres parties de la jambe.

En 1885, Oettinger cite dans sa thèse une observation de Mœli.

OBSERVATION XX (Mœli).

Il s'agit d'un individu atteint de paralysie des triceps fémoraux chez lequel on trouva une névrite localisée aux nerfs sciatiques, qui fut pris, dit l'auteur, d'hémorrhagies cutanées généralisées à toute la cuisse.

De temps en temps il ressent des douleurs dans les mollets et les orteils : *de petites hémorrhagies se forment sur la malléole externe du côté gauche et acquièrent en étendue les dimensions d'un thaler.*

Dans le courant du mois suivant les *hémorrhagies cutanées se sont étendues sur toute la cuisse gauche.*

Enfin le malade a deux épistaxis.

Les hémorrhagies cutanées se limitent aux jambes au-dessous des genoux ; à la face interne des cuisses on ne trouve que quelques petites taches.

A l'autopsie on trouve des hémorrhagies sous-cutanées dans les muscles des cuisses.

A l'examen des nerfs on conclut à une névrite.

C'est encore à des névrites que nous avons affaire dans les trois observations qui suivent et qui sont dues à M. G. Carrière.

OBSERVATION XXI (Inédite).

Le nommé R..., J..., 44 ans, menuisier, alcoolique depuis vingt ans, il buvait chaque jour 3 ou 4 absinthes et jusqu'à 12 verres de genèvre, présente tous les stigmates inhérents à son affection. Rêves, tremblements gastrite.

Pas d'antécédents héréditaires. Rien de somatique.

Depuis un mois, il se plaint d'asthénie des membres inférieurs où il ressent aussi des douleurs fulgurantes. Il offre une anesthésie tactile en botte et de l'hypéresthésie douloureuse. De plus il a les jambes paresseuses et steppé.

Des troubles trophiques des ongles allant jusqu'à la chute du gros orteil du côté droit pourraient faire croire à du tabès vrai, mais il n'en a aucun des signes : ni celui d'Argyll-Robertson, ni troubles réflexes, ni troubles des sphincters.

Un beau jour, on voit apparaître des *ecchymoses spontanées disposées d'une façon symétrique à droite et à gauche*. Une grande tache ecchymotique se trouve à hauteur de la mal-

l'éole et partout ailleurs sur le dos des pieds et sur la jambe jusqu'au dessous du genou sont répandus de *nombreux points ecchymotiques*.

Température locale	D. 32°2
—	G. 31°1
Membres supérieurs	D. 30°1
—	G. 31°
Tension artérielle à la pédieuse	D. 12°
	G. 12°
Tension artérielle à la radiale	D. 15°
	G. 15° 1/2

Réaction électrique de dégénérescence du crural et du sciatique.

Il suffit de pincer le sujet pour produire de nouvelles ecchymoses; une piqûre d'épingle saigne abondamment.

A l'exploration, les artères légèrement dures roulent sous le doigt.

Traitement électrique et strychnine (1 à 10 milligrammes).

Le 10 mai il va mieux, les ecchymoses sont disparu; on le perd de vue.

OBSERVATION XXII (Inédite).

Mme S... est atteinte le 7 octobre 1896 d'une grippe, à forme normale du type nerveux et thoracique sans complications. Les crachats renfermaient en abondance le bacille de Pfeiffer. La convalescence très longue ne prit fin que le 8 novembre 1896.

Le 10 décembre. — Elle appelle de nouveau le médecin qui apprend que depuis 8 ou 10 jours elle ressent des douleurs très vives dans les mollets et à la face interne des jambes.

Ces douleurs fulgurantes, lancinantes, sont continues et paroxystiques.

On constate alors de l'hypersthésie de la région innervée par le saphène interne.

Embrocation calmante. Antipyrine.

Le 12 décembre. — Aucune amélioration. Impotence. Le malade ne peut fléchir la cuisse sur le bassin qu'avec beaucoup de peine; les mouvements d'adduction sont très pénibles.

Douleurs très violentes des muscles à la pression.

Les douleurs commencent dans le creux inguinal suivent le trajet du nerf crural et présentant les points classiques.

Les mouvements du genou arrachent des cris.

L'anesthésie pour tous les modes est presque complète.

La réaction électrique du crural est diminuée.

La trace de l'ongle détermine une raie méningitique.

Diagnostic porté : névrite crurale d'origine grippale.

13 décembre. — Même état.

15 décembre. — Douleurs moindres.

Apparition de taches ecchymotiques ponctiformes très rapprochées, sans fusion, limitées à la partie postérieure des jambes depuis le creux poplité jusqu'aux talons.

Tension artérielle pédieuse 15.

Côté opposé 12.

Température locale, 36°8.

29 décembre. — Disparition des taches ecchymotiques. Diminution des douleurs. 10 janvier 1899. Guérison presque complète.

La deuxième a trait à une névrite tuberculeuse.

OBSERVATION XXII (Inédite).

Névrite parenchymateuse et vascularite périphérique.

Frédéric H..., salle XVI, lit 24.

Entré le 24 octobre 1896.

Agé de 38 ans. Tuberculose au second degré depuis un an et demi, ayant débuté par des hémoptysies.

Lésions classiques.

Le 1^{er} octobre. — Il a commencé à ressentir des fourmillements et des picotements dans la jambe gauche.

A partir du 3, des douleurs lancinantes à accès vespéraux ont commencé, pour continuer jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Les fourmillements et les douleurs ont leur siège dans le domaine du musculo-cutané péronier.

Hypoesthésie très marquée de tous les modes de la région.
Pas de troubles trophiques.

Un beau matin le 22 octobre le malade se plaint de douleurs horribles à la suite desquelles apparaissent *des ecchymoses spontanées sur toute la hauteur de la jambe à la partie antéro-interne* ; elles sont plus larges sur les pieds, où elles atteignent les dimensions d'une pièce de cinq francs, tandis que sur les autres parties, elles, sont de la grosseur d'une lentille à celle de 2 francs. Toutes ont des bords très nets.

Pression artérielle pédieuse. D. 12.

— G. 19.

Température locale D. 33.

— G. 34.

Pas de stigmates d'artério-sclérose.

Pas de stigmates d'hystérie.

28 octobre. — Après avoir passé par toutes les teintes, les ecchymoses ont presque disparu.

17 novembre. — Mort, lésions tuberculeuses classiques.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve des lésions banales de tuberculose dans les deux poumons. Tous les autres organes ne présentent rien de particulier.

Le cerveau est sain macroscopiquement et microscopiquement.

Les méninges crâniennes et rachidiennes sont hyperémisées.

La moelle épinière est macroscopiquement saine et microscopiquement, même par la méthode de Nissl on n'y a observé aucune lésion cellulaire.

Les racines rachidiennes lombaires sont saines. Les nerfs musculo-cutanés et sciatique poplitée externe gauche, le cutané péronier des deux côtés sont au contraire très malades. C'est à peine si sur 20 fibres nerveuses on en trouve 4 à 5 de saines, toutes les autres présentent les lésions classiques de la dégénérescence wallérienne.

Des fragments de peau pris au niveau des ecchymoses ont été examinés. On y voit le sang dissociant les éléments conjonctifs sous-dermique. Les petits vaisseaux de cette région surtout les artères papillaires présentent des lésions de vascularite chronique prononcée.

Les malades atteints de névrite ne sont pas les seuls exposés aux hémorragies cutanées et l'on a vu de simples névralgies telles que la migraine qui ont pu déterminer des ecchymoses.

Dès 1869, Mitchell Weiss les signalait chez les femmes anémiques.

La même année, M. le professeur Bouchard dans sa thèse parlant de ces névralgies qui s'accompagnent souvent de gonflement et de congestion douloureuse communique un cas de Brown-Séquard où la congestion alla jusqu'à la rupture ; *des ecchymoses spontanées* survinrent à la face dans le cours d'une névralgie faciale.

Nous trouvons un autre exemple de névralgie sciatique chez un alcoolique dans la thèse de Bossu (1894) mais sous le titre de cirrhose alcoolique atrophique.

OBSERVATION XXIV

Il s'agit d'un alcoolique invétéré ayant eu des accès de delirium tremens.

Le début de maladie remonte à 15 jours. Au moment de se lever il s'aperçoit qu'il ne peut marcher. Il a des douleurs fulgurantes dans le membre inférieur gauche, depuis la région lombaire jusqu'au pied. La douleur à son maximum dans le mollet. Il reste couché chez lui.

Accès de fièvre paludéenne 2 jours avant son entrée à l'hôpital.

Réparties sur les deux membres inférieurs mais principalement sur la face antéro-interne et supérieure de la cuisse droite et sur la partie postérieure latérale du mollet gauche *s'observent de nombreuses taches hémorrhagiques.*

Ces sugillations qui présentent en plusieurs endroits l'aspect de *véritables ecchymoses* se sont développées avant l'entrée du malade et à son insu. Leur apparition ne s'est manifestée par aucun symptôme notoire et c'est à l'occasion de

légères démangeaisons que le malade s'est aperçu de leur apparition. Actuellement elles sont un peu douloureuses à la pression.

Ces plaques hémorrhagiques dont quelques-unes ont la largeur de la main offrent un contour assez régulier ; leur coloration assez uniforme, est rouge vineuse. Le membre gauche est le siège de douleurs relevant de la sciatique ; la douleur s'exaspère par la pression aux points fessiers, fémoraux, poplité et péronier.

19 mai. — *L'ecchymose gagne un peu en étendue* ; la face antérieure de la jambe est légèrement œdématiée.

24 mai. — *L'ecchymose de la cuisse droite* devient plus foncée et s'élargit, s'étendant jusqu'au pli inguinal.

25 mai. — *Une nouvelle ecchymose* apparaît sur la face interne de la cuisse gauche se prolongeant surtout en arrière. Le malade ne dort pas ; il a des douleurs sourdes et continues dans les deux membres inférieurs. La température est toujours 37°2.

28 mai. — *Une petite tache hémorrhagique apparaît sur le mollet gauche.*

30 mai. — La périphérie des ecchymoses les plus anciennes commence à pâlir.

La décoloration s'étend bientôt à toutes les ecchymoses qui deviennent bleuâtres, puis jaunâtres et s'effacent enfin.

12 juin. — Les douleurs disséminées dans les deux membres ont disparu.

Seule la douleur sciatique gauche persiste encore.

Il nous semble que le cas est très net et nous nous demandons si l'on peut vraiment mettre le purpura sur le compte d'une affection due à l'altération du fonction-

nement hépatique. Il en est de même dans un cas d'Apert relaté dans sa thèse sur le purpura.

OBSERVATION XXV (Apert).

Dans ce cas en effet la névralgie sciatique coexiste avec la cirrhose alcoolique.

Le malade raconte qu'avant sa maladie actuelle il prenait quelques verres d'alcool ; il est sujet aux crampes et aux douleurs dans les jambes : il présente une légère exagération des réflexes rotuliens et de l'hypoesthésie des jambes.

L'éruption purpurique est formée de taches lenticulaires, de couleur violette pourprée, ne pâlisant pas par la pression ou la tension de la peau ; elles sont irrégulièrement disséminées, laissant entre elles de larges espaces de peau saine.

Assez nombreuses sur les jambes, moins nombreuses sur les cuisses, très rares sur l'abdomen, elles font absolument défaut sur le thorax la face et les membres supérieurs.

Tous les jours quelques nouvelles taches apparaissent d'une façon irrégulière ne procédant pas par poussées. Pourquoi ce purpura s'est-il localisé aux jambes ? La raison, dit Apert nous paraît en être la névrite alcoolique légère des membres inférieurs, les lésions nerveuses créant dans cette région un lieu de moindre résistance ; mais ce qui a créé le purpura c'est l'altération du fonctionnement hépatique.

Que l'altération des fonctions du foie amène une altération sanguine, nous n'en disconvenons pas, mais que cette altération soit seule en cause pour créer le purpura, c'est ce que nous ne pouvons admettre. Car il s'agirait d'une infection et dans ce cas comme dans toutes les septicémies le purpura serait disposé par groupes dis-

séminés sur tout le corps. Il nous semble bien plus logique d'admettre que le purpura est sous l'influence directe du système nerveux que la cirrhose serait restée simple s'il n'y avait pas eu de névrite et qu'elle a tout au plus par les altérations sanguines qu'elle crée, favorisé l'éclosion des ecchymoses dont ce malade était porteur.

Suivent deux observations inédites du D^r Carrière.

OBSERVATION XXVI (inédite).

Néuralgie sciatique. — B... Louise, 32 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques.

Elle se plaint depuis un mois de douleurs vagues, profondes, dans le membre inférieur droit, de fourmillements, de crampes.

Elle a des sensations subjectives de froid, de chaud.

Depuis quinze jours les accès redoublent d'intensité. Des crises douloureuses, caractérisées par des élancements douloureux paraissant descendre profondément se produisent la nuit ou le soir ; elles sont provoquées par le moindre effort et arrachent des cris à la malade.

Il existe des points douloureux, un lombaire, un iliaque, un rétrotrochantérien, deux fémoraux, un péronier, un malléolaire, un sur la face dorsale du pied, un plantaire externe, un apophysaire.

On trouve le signe de Lasègue.

Les contractions, les crampes sont fréquentes et il se produit de la claudication par le fait du réveil des douleurs dans la station debout et la marche.

Il y a de l'hyperesthésie et aussi de l'hyperexcitabilité électrique.

Un jour apparaît un érythème diffus que suivent *des ecchymoses ponctiformes survenues deux jours après une crise particulièrement douloureuse.*

Température locale D. 36°8

— G. 33°

Pression artérielle D. 17°

— G. 12

Les contusions, le pincement produisent des ecchymoses sous-cutanées.

La piqûre saigne abondamment.

Examen du sang : globules rouges, 4.900.000.

globules blancs, 6.000.

Pas de modification quand on procède à la coagulation.

Pas de stigmates hystériques.

Pas de blennorrhagie, pas de varices ni de lésions internes.

Traitement : salophène 2 à 4 grammes.

Gnérison 15 jours après.

OBSERVATION XXVII (inédite).

Néuralgie du Trijumeau.

Mme B..., 58 ans. Pas d'antécédents héréditaires, si ce n'est du côté de sa grand'mère qui a eu des douleurs analogues. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse, mais c'est une arthritique sujette aux migraines.

Avec la ménopause, apparaissent, il y a un an des douleurs de tête. Les accès sont d'abord espacés, puis les douleurs deviennent continuelles avec des paroxysmes depuis environ trois mois. Les accès sont annoncés par des fourmillements, que suivent des douleurs atroces, comparables à des coups

de canif, rapides comme des étincelles électriques, mais qui arrachent des cris et font faire des grimaces à la patiente. Les compresses glacées produisent un certain soulagement.

Ces accès durant de 20 à 25 minutes, laissent dans les parties atteintes un peu d'endolorissement et un petit rictus spécial. Ils reparaissent tous les deux jours en moyenne, à propos d'une émotion et le plus ordinairement quand la malade se met au lit, au contact de l'oreiller froid, ou encore quand elle fait des efforts de défécation.

Les points mentonniers, sus-orbitaire, sous-orbitaire existent et sont très nets.

Dans l'intervalle des accès, il y a une hyperesthésie légère de la peau et des muqueuses.

Les troubles vaso-moteurs sont caractérisés durant l'accès, par des alternatives de rougeur et de pâleur de la peau. De plus, à trois reprises différentes la malade a présenté des *poussées d'ecchymoses surtout après des crises très douloureuses.*

La dernière poussée existe encore. On voit une quinzaine de taches ecchymotiques de la grosseur d'une lentille ou d'un pois à contours très distincts.

Température locale	G. 37.2
--------------------	---------

—	D. 35.1
---	---------

Les battements de la carotide sont très intenses pendant l'accès.

Chémosis conjonctival.

Pression artérielle au moment de l'accès :

Radiale :	G.	18
-----------	----	----

En dehors de l'accès :

	D.	13
--	----	----

Radiale :	G.	12
-----------	----	----

	D.	13
--	----	----

Examen du sang : coagulation normale.

Globules rouges, . . . 6.100.000

Globules blancs 8.200

Pas de stigmates hystériques.

Rien de somatique, pas d'impaludisme ni de rhumatisme.

Le surlendemain de cet examen, on n'aperçoit rien aux endroits pressés. La malade est en plein accès. On la pince, la piqûre saigne abondamment et le lendemain on constate *des ecchymoses aux endroits contusionnés.*

Traitement : Aconitine cristallisée 0,001

Sulfate de quinine 1 gr.

Amélioration au bout de trois semaines.

D. — *Troubles vaso-moteurs dans les névroses.*

Les ecchymoses peuvent se produire sous l'influence d'une excitation nerveuse intense : aussi signalons-nous avec la plupart des auteurs les hémorrhagies sous-cutanées apparaissant après de grandes émotions morales.

On considère que la colère ou la frayeur ébranlant par leur instantanéité les centres nerveux sont les causes de ces effusions sanguines, muqueuses ou cutanées.

Le professeur Mitchell Albert a vu une femme prise d'un vomissement de sang à la suite d'un accès de colère.

Monneret parle d'*ecchymoses* survenues à la suite d'émotions morales.

Lordat, Latour, Gilbert, Lancereaux et Landowsky

en citent des cas survenus après une grande frayeur.

Mathieu admet, aussi que la peur et les émotions sont des causes provocatrices de ce qu'on appelle le *purpura émotif*.

Un cas très curieux sous ce rapport est celui rapporté par Brown-Séquard à la Société de biologie en 1885.

Une mère regardait sa fille penchée sur une fenêtre dite à tabatière. A un moment donné le support de la vitre s'étant détaché, cette vitre tomba et vint frapper sur le bras de l'enfant.

Au moment de la chute la mère se retrouva mal, mais quelle ne fut pas sa surprise à son réveil ! Sur la partie de son bras correspondant au point où l'enfant avait été blessé, *existait une large ecchymose* plus profonde, plus étendue, que celle de l'enfant et qui dans tous les cas mit longtemps à guérir.

Ce sont des accidents bénins et sans grande signification.

Ils sont d'une autre importance dans la grande névrose et nous les trouvons signalés depuis longtemps.

Trousseau dans ses cliniques écrit : « Si nous examinons attentivement une épileptique au sortir de ses attaques nous trouverons assez souvent sur son front, sur son cou, sur sa poitrine de petites *taches rouges ressemblant à des piqûres de puce*, ne disparaissant pas sous la pression du doigt et présentant tous les *caractères ecchymotiques*. C'est là un accident d'une très grande valeur si les auteurs modernes en ont fait trop peu mention, il n'avait point échappé à l'observa-

tion des anciens comme le consigne Van Swieten en 1769.

Ainsi non seulement on trouve le petit pointillé rouge dont nous parlons, mais encore de larges ecchymoses qui se sont produites par le même mécanisme que le premier et indépendamment de toute contusion.

Keller en 1884 mentionne des ecchymoses chez un kystéro-épileptique le lendemain d'une de ses attaques. En lui donnant sa douche il vit *des taches bleues sur les bras et sur les jambes qui, à son dire se produisaient souvent après les crises.*

M. le Professeur Raymond en 1896 parle d'un malade qui remarque un jour au niveau de la cheville gauche *un large placard ecchymotique. Le lendemain de petites taches hémorrhagiques* avaient fait apparition sur le tronc et les membres. Enfin une épistaxis, de l'hématurie permettaient de penser à du purpura hémorrhagique. La poussée persiste pendant une quinzaine et au milieu des phénomènes hémorrhagiques apparaît une crise convulsive d'épilepsie partielle ou plutôt de véritables accès subintrants.

C'est d'ailleurs une circonstance habituelle dans l'épilepsie Bravais Jaksonienne que l'aura soit motrice, psychique, vaso-motrice ou sensitive c'est un signal d'alarme qui permet de prévenir l'entourage et de prendre des mesures de sécurité.

Si ces manifestations vaso-motrices ont été peu étudiées dans l'épilepsie, elles ont été en revanche signalées depuis longtemps chez les hystériques, sans que

pour cela on ait cherché à leur donner une interprétation scientifique.

Caizergues en 1814, à la suite de crises auxquelles était sujette sa malade ayant examiné la peau y remarque de *petites taches jaune clair* qui semblaient avoir leur siège au-dessous de l'épiderme et disparaissaient bientôt.

Magnus Hüss en 1857, met sur le compte de l'hémophilie le cas d'une jeune domestique soumise à de mauvais traitements qui déterminèrent de violentes crises d'hystérie. Après une de ces crises, on vit *des ecchymoses plus ou moins grandes* sur toute la moitié gauche du corps au tronc et surtout autour de l'épaule ; le côté était à ce moment le siège d'une paralysie de la motilité et de la sensibilité.

Parrot en 1859 rapporte à cette grande névrose le phénomène des sueurs de sang.

Il existe, dit Chipault, une série d'observations probantes où l'on a observé chez des hystériques des *hémorrhagies mammaires interstitielles* « *des ecchymoses spontanées* » (Cooper).

Keller, en 1884, se demande, en étudiant les ecchymoses chez les personnes atteintes seulement de troubles névropathiques, si toute cause traumatique exclue, on ne doit pas en rechercher l'explication dans l'état du système nerveux. Ce qui le confirme, dit-il dans cette supposition, c'est qu'au fur et à mesure que les troubles s'amendent, les taches sont de moins en moins fréquentes et disparaissent avec le retour à la santé.

Les névropathes de Keller ont presque tous des anté-

cédents hystériques, ce sont des hystériques chez lesquels les traits de la névrose se sont estompés.

Huchard les signale dans son *Traité des névroses*.

Mais c'est M. Gilles de la Tourette qui traite la question d'une manière définitive d'abord dans un travail sur l'état mental des hystériques, puis dans son *Traité de l'hystérie*.

En parlant de l'état mental : « nous avons remarqué, dit-il, que l'apparition des ecchymoses est spontanée et sous la dépendance de l'auto-suggestion mise en œuvre localement par le rêve de l'attaque, rêve qui a une action tellement vive, qu'il peut produire des troubles physiques comme une paraplégie, si le malade croit tomber dans un précipice, et aussi des ecchymoses.

Qu'on relise les épidémies de possessions, chemin faisant on en rencontrera de nombreux exemples.

Le diable dans la circonstance est souvent acteur, les agite violemment, les frappe, les roue de coups qui se traduisent par des ecchymoses que la malheureuse possédée montre aux assistants émerveillés comme un signe indéniable de possession.

C'est ainsi que sœur des Anges fut battue à coup de verges que Madeleine Bavent, avait le corps déchiré, livide, noir, plombé, après les attaques du diable, qu'à une époque moins reculée une hystérique, dit Bergeret, montrait notamment sur les cuisses des taches noires provenant de contusions que le diable lui avait faites en la frappant rudement avec sa queue de fer parce qu'elle ne voulait pas céder à ses tentations

L'abbé n'ignorait pas cette intervention démoniaque

prenant source dans les hallucinations de l'attaque et il en cite un ou deux exemples.

Dans tous ces cas il est possible d'en donner une explication par l'état mental particulier des malades.

C'est encore l'intensité du rêve qui dans le cas suivant a dû déterminer des troubles trophiques.

OBSERVATION XXVIII (Gilles de la Tourette).

Une jeune fille de 19 ans, à hérédité nerveuse très chargée montrait une *rougeur située à la face interne du tibia droit* qu'elle avait remarqué le matin en vaquant aux soins de sa toilette. La veille au soir, à la suite de vives contrariétés, elle avait eu des crises de larmes, un sommeil agité avec des rêves terrifiants, et le matin avait ressenti une vive douleur à la face interne de la jambe droite. Elle fut toute surprise de constater à cet endroit *la tache indiquée*, de forme ovale, à grand diamètre vertical mesurant environ cinq centimètres de long, sur trois centimètres de large. Elle fut encore plus surprise lorsqu'elle constata qu'elle présentait une hémianesthésie droite particulièrement marquée au membre intérieur, qui avait été pendant la nuit le siège des douleurs spontanées qu'on observe quelquefois chez les hystériques dans les régions anesthésiées.

D'autres fois les ecchymoses coïncident avec d'autres manifestations vaso-motrices, de même ordre, en particulier, les œdèmes, les hémorrhagies cutanées et celles des muqueuses. Comme chez une malade de Froidfonds hystérique averée, sujette aux épistaxis, qui après une attaque d'hystérie bien caractérisée

accompagnée d'épistaxis et de vomissements sanguins vit apparaître sans cause appréciable une *ecchymose sous-conjonctivale* puis une *autre à la région temporale* et d'autres encore disséminées sans ordre dans la région dorsale.

Ou encore celle d'Halipié qui présente des œdèmes et des *ecchymoses* d'origine hystérique. Le cas est assez curieux pour mériter d'être rappelé.

OBSERVATION XXVIV

Mme Pr..., 43 ans, marchande de nouveautés, forte, bien constituée sans antécédents nerveux héréditaires a présenté des œdèmes à différentes reprises : ils apparaissent une fois par mois et souvent à plusieurs reprises dans le même mois. Pas de siège de prédilection : elles viennent sur les membres aux pieds, aux mains, à la face.

Indépendamment des œdèmes on remarque quelquefois des *ecchymoses* spontanées coïncidant avec les poussées œdémateuses ou se montrant isolément. La malade se rappelle en particulier avoir eu, il y a deux ans, *de vastes ecchymoses des bras et des cuisses* : elles étaient surtout marquées à la face interne.

Etat actuel (1894). — Elle vient pour une poussée d'œdème dont la dernière crise ne s'est point accompagnée d'*ecchymoses*.

Elle a en ce moment des crises, des vomissements, mais elle n'a jamais remarqué qu'il y eut coïncidence ou alternance entre les crises de vomissements et les troubles vaso-moteurs cutanés.

Cette femme a deux enfants : le fils est bien portant, la fille

présente, à partir de 18 ans de l'œdème et des ecchymoses.

Les accidents se sont donc transmis à la fille sous la même forme et cette hérédité similaire constitue un point intéressant.

Le premier accident se produit à la suite d'une piqûre de guêpe.

La jeune fille dit avoir éprouvé à cette époque une violente émotion qui développa chez elle une hystérie latente, puisque à partir de ce moment seulement *apparaissent l'œdème, les ecchymoses* et plus tard les vomissements qui constituent à l'encontre des deux autres accidents une des manifestations les plus banales de la névrose.

Les œdèmes et les ecchymoses se sont présentés avec des caractères particuliers : elles apparaissaient spontanément, restaient localisées et disparaissaient rapidement. Ces caractères joints aux conditions spéciales au début de l'affection permettaient de diagnostiquer des troubles vaso-moteurs hystériques.

Car il arrive parfois que le diagnostic de la nature hystérique des troubles vaso-moteurs n'est pas facile surtout quand les stigmates permanents font défaut, et on doit se contenter d'un diagnostic par exclusion. Néanmoins il arrive le plus souvent, que l'on se trouve en présence d'une de ces manifestations isolées qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

Il est des cas où elle est incontestable. Par exemple celui-ci présenté par M. le Professeur Raymond à la Société médicale des hôpitaux en 1890.

OBSERVATION XXX

C'est une malade domestique, âgée de 26 ans.

Pas d'antécédents héréditaires : père et mère morts phthisiques ; l'un des frères est très nerveux. C'est à l'âge de 18 ans qu'elle a présenté les premiers symptômes de la grande névrose. Après une vive frayeur elle a eu une crise d'hystérie suivie d'une attaque de sommeil qui a duré un mois. Bien portante ensuite jusqu'à fin décembre 1888, elle entre à cette époque à St-Antoine pour dyspnée, toux et fièvre.

Le 1^{er} janvier 1889 elle a une crise de grande hystérie après laquelle elle reste avec une contracture du genou droit en extension et du pied droit en varus équin ; en même temps on apercevait vers le bord externe de ce pied *des taches ecchymotiques* qui n'étaient attribuables à aucun traumatisme.

Pendant un long séjour à l'hôpital (10 mai) les contractures du genou et du pied droit ont persisté ainsi que *les taches ecchymotiques* et elle a eu de fréquentes attaques d'hystéro-épilepsie.

Elle présente ensuite des éruptions pemphigoïdes.

La nature et l'évolution des troubles cutanés prouvent leur nature hystérique.

Les ecchymoses sont apparues à la suite d'une crise, et persistent depuis 2 ans.

L'éruption actuelle siège sur le membre parésié et anesthésié ; elle n'a été précédée ni accompagnée d'aucun malaise général puisque la malade ne s'est aperçue d'aucune modification thermique ni de sensation douloureuse ou anormale.

Cette autre due à Oulment et Touchard.

OBSERVATION XXXI

Hystérie avec hémanesthésie gauche sensitivo-sensorielle.
Ecchymoses spontanées.

La nommée M..., âgée de 38 ans, entre le 27 mai 1890 à Tenon.

Bonne santé habituelle. Nerveuse ; rit et pleure facilement. Cependant n'a jamais eu d'attaques de nerfs. A maigri depuis 2 ans ; quelques crachats sanguinolents il y a 10 mois.

Etat actuel. — Hémianesthésie complète sensitivo-sensorielle du côté gauche. Sur la face interne de la cuisse et sur le tronc du côté où existe l'hémianesthésie, *on constate des ecchymoses* qui ont une étendue de 3 à 4 centimètres de longueur sur 1 cent. 1/2 de largeur environ : elles ne sont pas douloureuses à la pression et c'est par hasard, en examinant la malade, qu'on les découvre. L'une siège à la face interne de la cuisse gauche vers la partie moyenne ; l'autre sur le thorax en dessous du sein gauche.

La malade affirme qu'elle n'a pas souvenir de s'être blessée et que d'ailleurs elle éprouve de temps à autre des « noirs » de ce côté.

La malade reste quelques jours dans le service et sort dans le même état.

Quelques auteurs s'étaient demandé s'il y a des hémorrhagies purement nerveuses.

L'expérimentation leur a répondu et Dumontpallier, Mabilie, Burot et Bourut ont pu chez des hystériques en état de sommeil hypnotique provoquer des hémor-

rhagies sous-cutanées, des sueurs de sang, *des ecchymoses* allant jusqu'à la brûlure et l'eschare.

La condition nécessaire pour provoquer ces troubles est que l'hystérique soit sous le coup de la diathèse vaso-motrice dont les formes accentuées sont peu fréquentes.

Cela montre qu'une action psychique d'essence purement dynamique est susceptible de produire des troubles organiques caractérisés.

Les grandes névroses ne sont pas seules tributaires des troubles vaso-moteurs.

En 1887 Teissier publie l'observation d'une femme de 60 ans atteinte de paralysie agitante. Cette femme présente une congestion pulmonaire et deux ou trois jours après elle a quelques hémoptysies sans symptômes thoraciques.

Il attribue le flux hémorrhagique à un trouble vaso-moteur reconnaissant pour cause la maladie de Parkinson.

Le fait semble douteux.

La même année, Talamon et Lécorché relatent le cas d'une femme atteinte de paralysie agitante avec *ecchymoses*.

OBSERVATION XXXII

B..., 69 ans. Début par douleurs dans la jambe gauche, puis raideur, tremblements dans les pieds et les mains. Douleurs vives dans tout le corps. Facies immobile, cou raide, tête

penchée en avant, avants-bras demi fléchis, rapprochés des hanches, mains pendantes sur le devant du tronc.

Léger tremblement du pouce. Sensation de chaleur. Sudation abondante. Palpitations fréquentes sans cardiopathie.

15 novembre 1887. — Tremblement rythmique plus prononcé des doigts. Depuis huit jours, léger œdème du dos des pieds, des chevilles. Ce matin l'œdème remonte jusqu'aux genoux, blanc, dur, un peu douloureux.

On trouve en outre *des taches purpuriques disséminées sur les deux jambes*. Le malade ne peut marcher et reste assis dans son fauteuil.

18 novembre. — L'œdème dépasse le genou et remonte à mi-cuisse. Jusqu'au pli de l'aîne on trouve de nombreuses taches purpuriques, les unes larges comme une piqûre de puce, les autres comme des pièces de 50 centimes ou de 1 franc. Sur le cou de pied gauche une *large ecchymose violacée* de la largeur de la paume de la main qui s'étend sur le dos du pied.

1^{er} décembre. — Les taches purpuriques ont disparu ainsi que les ecchymoses. Il reste quelques plaques violacées sur le dos du pied et de l'œdème des jambes.

Les auteurs pensent que ces hémorrhagies spéciales sont dues à des troubles vaso-moteurs ayant pour cause la paralysie agitante au même titre que la sudation, l'hyperthermie.

En 1896 le Dr Carrière dans la *Presse médicale* vient appuyer par une observation des plus complètes les conclusions de Talamon et Lécorché.

OBSÉRVATION XXXIII

(Dr Carrière. Presse médicale).

Marie D..., 68 ans. Début par sensation de fatigue, quelques douleurs rhumatismales.

Il y a cinq ans (1890) elle s'aperçut qu'elle trainait la jambe gauche, qu'elle était plus faible de ce côté, qu'elle était plus lourde. Elle tremble de ce côté seulement.

Il y a deux ans le côté droit se prend. Les phénomènes d'antéro pulsion et de rétro pulsion sont très marqués. Raideur de tout le corps.

Etat actuel 17 janvier 1896.

La malade est couchée ; la tête est tellement penchée sur la poitrine qu'elle semble soudée au corps ; le facies est immobile, les bras sont immobiles, elle a du tremblement des doigts.

Lorsqu'elle est assise, elle tient son corps en avant, ses bras demi fléchis, les mains sur ses cuisses, et ses pieds reposent par la pointe sur le sol.

Si elle est debout, (elle s'y tient d'abord avec beaucoup de difficulté), elle a le corps en avant dans une altitude soudée les bras pendants, les avant-bras demi-fléchis, du tremblement incessant des mains.

Antéropulsion, rétropulsion, pas de latéropulsion.

Les réflexes sont normaux, sauf le réflexe patellaire qui est un peu exagéré.

De temps en temps elle ressent des douleurs dans les genoux, des crampes dans les mollets.

Sensibilité normale sous toutes ses formes.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Pas de troubles intellectuels.

Pas de troubles trophiques ; mais on constate chez elle un

léger dermographisme au niveau des membres supérieurs seulement.

Notons que pendant une broncho-pneumonie qu'elle eût en janvier 1895 le tremblement avait complètement disparu.

C'est depuis cette époque qu'elle a vu apparaître de temps en temps *des ecchymoses plus ou moins larges au niveau de l'espace interosseux* situé entre le pouce et l'index de chaque main.

Nous avons constaté ce phénomène pour la première fois en mars 1895.

A ce moment elle eut dans cette région deux vastes ecchymoses, l'une à droite, l'autre à gauche. Elle les attribuait à une chute, qu'elle avait faite une nuit, mais nous fûmes néanmoins frappé de la symétrie de ces lésions.

Il s'agissait de plaques violacées aux contours très irréguliers, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Elles ne disparaissent point à la pression même très forte.

Les jours suivants, elles passèrent par toutes les teintes des ecchymoses qui se résorbent et ne laissèrent après elles qu'une nuance jaunâtre très légère.

En avril 1895 apparition de *nouvelles ecchymoses* dans la même région.

Le 7 avril en se réveillant elle constata leur existence ; elle n'était point tombée de son lit cette nuit-là. Il s'agissait de deux taches violettes de la dimension d'une pièce de deux francs aux contours irréguliers mais très nets, qui étaient symétriquement situées, l'une à gauche, l'autre à droite, dans la même région que précédemment.

L'apparition de ces nouvelles ecchymoses n'avait été accompagnée d'aucune crise douloureuse.

Elles évoluèrent comme les précédentes.

Nouvelles ecchymoses les 12 et 27 juin ; le 10 juillet, le 12,

17, 29 août ; le 25 septembre, le 7 octobre, et le 10 novembre, le 14 janvier 1896 et le 20 mars.

Toutes les fois, les ecchymoses évoluaient de la même façon en présentant exactement les mêmes caractères.

Presque toujours elles apparaissent en même temps des deux côtés ; cependant à deux reprises il n'y en a eu que d'un seul côté.

A l'heure actuelle, la succession de ces ecchymoses a laissé dans la région du premier espace interdigital une teinte jaunâtre due probablement à l'existence dans le tissu cellulaire sous-cutané de pigments sanguins modifiés. La malade n'est pas cachectique elle se lève tous les jours et n'a pas maigri, au contraire ; elle avait augmenté de 6 k. 500.

Et l'auteur concluait :

Le début brusque sans cause appréciable, sans aucun traumatisme porte à penser qu'il ne s'agit point de phénomènes mécaniques, contusions, chocs, etc., et que les ecchymoses sont dues à une altération vasculaire ou à un trouble vaso-moteur.

La disposition absolument symétrique des ecchymoses dans les deux premiers espaces interosseux de chaque côté permet de croire qu'il ne s'agit pas d'une lésion vasculaire : il serait bien étonnant que les seuls vaisseaux de cette région soient atteints à l'exclusion des autres.

Il s'agit donc bien de troubles vaso-moteurs dont l'existence est prouvée par le dermographisme, la sensation de cuisson, l'hyperthermie, etc.

La symétrie absolue des lésions fait croire qu'il ne

s'agit point là de lésions attribuables à la névrite périphérique, mais d'une lésion médullaire.

On pourrait dire qu'il s'agit de rupture vasculaire chez une cachectique, mais la malade ne l'était pas.

Bien que la lésion causale soit inconnue, on sait que la colonne de Clarke qui d'après certains auteurs joue un rôle dans la vaso-motricité est assez souvent atteinte. C'est peut-être là qu'il faut chercher l'explication des phénomènes ?

Depuis que ces conclusions ont été posées, la malade est morte, et nous devons à l'obligeance du D^r Carrière de publier l'autopsie, qu'il a faite, et qui prouve le bien fondé des assertions par lui avancées.

Autopsie. — A l'ouverture du corps, on ne trouve aucune lésion viscérale, macroscopiquement appréciable.

Les méninges renferment une grande quantité d'un liquide clair, transparent.

Le cerveau, la protubérance et le bulbe ne présentent aucune lésion macroscopique.

La moelle paraît saine. Les méninges sont épaissies, blanchâtres et nacrées par place ; sur leurs parties antérieures et externes au niveau de l'émergence des racines antérieures.

Etude histologique. — L'estomac et l'intestin sont normaux. Le foie présente des lésions de sclérose péri-artérielle ; sans lésions dégénératives des cellules.

Les reins présentent des lésions de sclérose péri-artérielle sans lésions cellulaires.

Le cœur présente un léger degré de sclérose interstitielle du myocarde à prédominance péri-artérielle.

On n'a trouvé aucune lésion histologique appréciable du cerveau, si ce n'est une sclérose prononcée des artères.

La moëlle ne présente que des lésions légères localisées dans la région de la zone limitante. On y trouve une sclérose légère interstitielle avec atrophie des fibres nerveuses qui sont situées à ce niveau.

La colonne de Clarke présente aussi de curieuses lésions. Les cellules nerveuses que l'on trouve à ce niveau sont altérées. Elles sont déformées, ballonnées. Leur noyau est déjeté à la périphérie et le réseau chromatique qui le constitue est fort peu teinté par les réactifs colorants. On trouve dans ces cellules une chromatolyse très prononcée.

Les racines antérieures sont absolument saines ; les racines postérieures également.

Les nerfs des membres supérieurs examinés après fixation à l'acide osmique présentent les lésions de la névrite interstitielle sans dégénérescence marquée des fibres nerveuses. Sur les coupes longitudinales ou après dissociation on les trouve cependant grêles et moniliformes avec prolifération des noyaux.

La peau sur des coupes portant sur la région de l'espace intermétacarpien ne présente aucune lésion appréciable.

On doit signaler seulement des lésions d'endo et de périartérite chronique très prononcée.

L. Lévi en 1898, publiait une observation d'*ecchymoses spontanées* chez un neurasthénique fait qu'il croyait n'avoir pas encore été signalé.

Cependant Laveran en 1857 avait remarqué l'apparition d'*ecchymoses spontanées* chez un neurasthénique, présentant la diathèse hémophilique.

Keller avait aussi signalé ces troubles dans son travail de 1884. Ces observations ont été reprises depuis dans la thèse d'Houeix de la Brousse qui a pu réunir six cas d'ecchymoses spontanées chez des neurasthéniques.

Au mois de décembre dernier Etienne de Nancy vient d'en publier un nouveau cas dans la revue de Neurologie.

OBSERVATION XXXIV (Etienne de Nancy)

X..., Agé de 32 ans atteint il y a six ans d'une syphilis qui évolue très simplement et depuis longtemps sans manifestation est un neurasthénique bien caractérisé, présentant notamment de la céphalée frontale grave et de la syphilophobie. Malgré des instances répétées depuis plusieurs années je n'ai pu obtenir qu'il prit un congé un peu prolongé (fonctionnaire de l'université).

12 janvier 1893.— Le matin en se réveillant, il constate la présence d'*ecchymoses purpuriques* ; un long tractus hémorrhagique, long de 7 centimètres, large de 5 millimètres presque horizontal, siège à la racine du membre supérieur droit, il est accompagné de quelques lignes semblables, longues de 2 à 3 centimètres au-dessus de la clavicule et dirigées dans le même axe.

Au-dessous de la face antéro-interne du bras droit est une *large tache constituée par un pointillé hémorrhagique*.

Une tache semblable, mais plus discrète, absolument symétrique, siège à gauche. A une heure lorsque je le vois la

lésion de purpura est déjà atténuée surtout au niveau des placards pointillés : aucune modification de la sensibilité.

Il ne sait à quoi attribuer ces ph énomènes, mais il existe chez lui une prédisposition au purpura, car à deux reprises une poussée de petites ecchymoses s'est produite aux jambes à l'occasion du traitement ioduré.

Actuellement il n'a pas pris d'iodure depuis plusieurs mois.

Le Dr Gilles de la Tourette n'admet pas les ecchymoses spontanées dans la neurasthénie et croit qu'elles sont dues à de l'hystérie ou à du purpura simple. Il est est vrai que les neurasthéniques ne sont peut-être que des hystériques chez lesquels les grands traits de la névrose sont estompés. Les convulsions ont disparu, l'état mental s'est atténué et attristé. Mais alors dans quelle classe les placerons-nous ?

Il est une autre névrose la maladie de Basedow où M. le professeur Dieulafoy a signalé chez le même malade du purpura, des hémoptisies, des hémorrhagies rétiniennes où l'on peut observer des ecchymoses spontanées comme en témoigne l'observation suivante :

OBSERVATION XXXIV (Inédite)

Due à M. le D^r Carrière.

Marie-Pauline D... culottière.

Antécédents héréditaires. — La mère encore vivante s'est toujours bien portée.

Son père est mort à 77 ans d'une paralysie.

Elle a deux sœurs en bonne santé dont l'une est très nerveuse.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été très nerveuse, très impressionnable, très émotive. Elle a eu beaucoup de chagrins aux différentes époques de sa vie et des émotions morales très sérieuses. Réglée à 12 ans, mariée à 22, elle a toujours été très faible depuis son mariage.

Depuis l'âge de 18 ans la malade a eu des palpitations de cœur qui, dit-elle, sont venues à la suite d'ingestion de quelques gouttes de chloroforme. Ces palpitations ont été continues d'emblée, exagérées après les repas, mais sans occasionner de l'essoufflement.

En 1875 la malade fut atteinte d'une fluxion de poitrine assez forte.

Depuis 37 ans, à la suite d'un violent chagrin, la malade n'a plus eu ses règles qui ne sont revenues qu'une fois en 1888. Depuis sa ménopause la malade a souffert presque constamment des reins.

Elle a eu aussi des hémorroïdes qui ont donné lieu à une hémorrhagie.

Elle a souvent eu aussi des poussées congestives à la tête.

Au mois de janvier 1892 apparaît un tremblement très intense d'emblée, empêchant la malade de vaquer à ses occupations habituelles.

L'apparition de ce tremblement a coïncidé avec celle d'une tumeur thyroïdienne. Depuis lors la malade a eu des accès de toux violente qui lui occasionnèrent des vomissements et un dégoût marqué pour certains aliments.

Au mois de septembre il se fit une légère amélioration dans l'état de la malade, mais le tremblement persista cependant avec la même intensité.

En janvier 1893. — Elle entre à l'hôpital pour y faire soigner son tremblement et sa toux qui l'incommodent fortement.

21 janvier 1893. — Le facies de la malade ne présente rien de particulier; cependant on remarque de légers troubles vaso-moteurs au niveau de la pommette gauche. La peau a conservé sa coloration normale.

La malade transpire très facilement.

Au niveau du cou on voit très bien les battements artériels.

Le cou paraît un peu élargi à sa base. En palpant attentivement cette région on distingue une petite tumeur bilobée à lobe droit plus volumineux que le lobe gauche. Cette tumeur est très peu réductible et on perçoit à ce niveau une résistance non habituelle.

En appliquant la main sur le côté de la tumeur on la sent soulevée à chaque inspiration et en y fixant un index de papier on a constaté qu'elle est soulevée par des battements isochrones à la systole artérielle des carotides. Cette tumeur n'est pas douloureuse par elle-même, mais si on appuie sur elle on détermine une ligne douloureuse.

Il n'existe pas de taches méningitiques.

Examen de la poitrine. — A l'examen de la poitrine on remarque en premier lieu de l'atrophie des seins et la malade dit qu'elle a beaucoup maigri depuis quelque temps.

Si on lui fait étendre horizontalement la main, on constate un tremblement très rapide à oscillations assez grandes dans le sens vertical, tremblement assez régulier et égal des deux côtés.

Dans la partie verticale du bras le tremblement semble un peu diminué.

Les muscles de l'avant-bras et du bras sont animés de quelques vibrations fibrillaires.

Si on fait asseoir la malade, on voit que le pied est agité par un fort tremblement.

La malade a beaucoup d'insomnies : elle rêve très fréquemment, mais n'a pas de cauchemars. Elle n'a non plus ni convulsions ni paralysie. Elle a été atteinte d'une névralgie sus-orbitaire qui a duré de l'âge de 18 ans jusqu'à il y quatre ans. L'appétit est conservé égal pour tous les aliments ; les digestions sont un peu pénibles, mais il n'y a pas de vomissement : la défécation se fait bien et régulièrement.

L'inspection de la poitrine dénote une légère voussure presternale. La poitrine est globuleuse.

Les vibrations sont intégralement transmises, la percussion donne une sonorité exagérée.

Le murmure vésiculaire est conservé à timbre élevé et à rythme régulier.

L'auscultation donne en arrière les mêmes caractères qu'en avant.

La toux est fréquente surtout la nuit et entraîne une légère oppression.

L'expectoration est abondante.

Il n'y a pas d'exophtalmie. Cependant il y a quelques jours on pouvait en constater une ligne.

L'éclat de l'œil est net. Son angle est plus ouvert qu'à l'état normal. Les pupilles sont un peu dilatées mais égales.

Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Bourdonnements intenses et continuels des oreilles.

L'organe du goût est conservé intact quoiqu'il ait été affaibli à une certaine époque.

La région précordiale présente une certaine voussure aux niveaux des 2, 3, 4, 5^e cartilages costaux.

On peut voir et sentir battre le cœur, la pointe battant dans le quatrième espace intercostal en dedans de la ligne du mamelon. Une légère pression dans le cinquième espace intercostal gauche donne lieu à une légère douleur.

Percussion. — La délimitation du cœur est impossible.

L'auscultation fait reconnaître une légère tachycardie. Les bruits sont sourds mais rythmés régulièrement.

Il existe un léger souffle extra-cardiaque de l'orifice aortique au premier temps.

Le pouls est fort, bondissant et très dépressible (88 pulsations).

Dans la région carotidienne la peau est soulevée à chaque battement artériel par suite de l'exagération des battements des carotides que la palpation permet de reconnaître.

L'auscultation y fait percevoir un souffle isochrome à la systole artérielle.

Aux jugulaires on constate qu'il y a du pouls veineux et un souffle doux à renforcement au moment de la systole artérielle.

La marche est difficile.

Le traitement institué à ce jour consiste en :

Bromure de sodium.

Iodure de sodium.

Vin de quinquina.

Teinture d'iode.

Le 7 mars 1899. — Violentes douleurs précordiales palpita-

tions très fortes, irradiations au bras gauche et au petit doigt.

Ecchymoses spontanées sur le dos des deux mains.

Pression artérielle D. G. 15

Température locale D. 34.2 Pied D. 33.1

— G. 31.6 » G. 32.8

Globules rouges 5.200.000

Globules blancs 7.800

Coagulation normale.

Piqûre saigne abondamment : la contusion et le pincement laissent de vastes ecchymoses qu'on aperçoit le lendemain ; elles disparaissent au bout de 15 jours.

SYMPTOMATOLOGIE

Qu'il s'agisse des maladies de la moëlle ou de l'encéphale, qu'on ait affaire à des névrites, à des névralgies ou à des névroses, les observations tendent toutes à prouver que les ecchymoses spontanées apparaissent à la suite de grandes crises. Ce sont dans la plupart des cas des crises douloureuses ; mais nous savons aussi que les émotions morales violentes et certains états psychiques en déterminent l'apparition. Chez les tabétiques, chez les malades atteints de sciatique, les douleurs qui précèdent la venue des ecchymoses sont atroces parfois, mais il n'en est pas toujours ainsi. Certains malades ne ressentent que des fourmillements, de petits élancements dans les membres, quelques douleurs sourdes, une sensation de brûlure, des démangeaisons. D'autres n'éprouvent qu'une simple courbature passagère sauf dans quelques cas de récidence où il y a toujours une sensation particulière qui permet à quelques-uns de savoir par avance quand et où se produiront les ecchymoses.

Elles apparaissent spontanément au moment où les douleurs s'atténuent, parfois plusieurs heures après, ou seulement le lendemain. Elles sont d'une couleur rouge

plus ou moins foncée, quelquefois bien rougeâtre puis elles subissent les modifications de la matière colorante extravasée, deviennent brun noirâtre, brun jaunâtre, brun sale et s'atténuent en commençant par les bords, analogues en cela aux taches ecchymotiques produites par les contusions.

Leur forme est irrégulièrement circulaire, à contours déchiquetés, à bords indécis, ou bien elles sont arrondies ou ovalaires.

En général elles ne sont pas surélevées au-dessus des téguments mais elles peuvent néanmoins présenter un léger relief très appréciable en certaines régions comme par exemple sur la peau de la face interne du tibia.

Leur dimension varie depuis la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 cent., 2 francs, cinq francs : il en est même qui atteignent la largeur de la paume de la main.

Quant à leur nombre il varie beaucoup mais on peut dire qu'elles sont toujours multiples et parfois très nombreuses.

Il semble qu'il existe une relation entre l'intensité de la coloration de l'ecchymose et son étendue, les taches occupant une surface d'autant plus considérable que leur coloration était plus foncée.

Elles occupent en général le côté qui est le siège principal des douleurs, de l'hémi-anesthésie, de la contracture, de la paralysie, en un mot la région d'élection des manifestations nerveuses ; on les voit sur toutes les parties du corps, les jambes surtout, les cuisses, puis

sur les mains, les bras, rarement sur le tronc et exceptionnellement sur la face.

Ce n'est que par hasard que les douleurs siégeant sur un seul membre le membre opposé étant indemne, des taches apparaissent sur ce dernier.

Les ecchymoses se produisent presque toujours par poussées successives, ce qui permet d'en suivre les différentes métamorphoses chez un même individu.

L'éruption peut continuer pendant quelques semaines et se reproduire par poussées incessantes ; elle peut disparaître au bout de quatre ou cinq jours pour revenir la semaine suivante.

Le plus souvent elles reparaissent à intervalles irréguliers.

Leur durée peut aller de quelques semaines à quelques années.

En général elles ne présentent à leur niveau aucun trouble de sensibilité. Cependant, parfois, il y a à la pression, un certain endolorissement, d'autres fois des douleurs vives.

Chez une malade elles révèlent leur présence par une douleur au contact des vêtements, chez une autre par un prurit continu.

L'époque de la maladie où elles apparaissent et le temps pendant lequel on les observe n'a rien de fixe ; elles peuvent revenir tant que durent les grandes crises et disparaître avec elles.

Il est à remarquer d'ailleurs que l'éruption est d'autant plus active que la maladie est plus sérieuse.

Elles sont assez fréquentes, plus fréquentes proba-

blement qu'on ne se l'imagine, mais elles passent souvent inaperçues parce qu'elles siègent en des régions difficiles à explorer et parce que parfois aussi, aucun symptôme subjectif, douleur ou autre, n'attire l'attention de ce côté.

ETIOLOGIE

Y a-t-il des causes prédisposantes aux ecchymoses ? L'hémophilie a pendant longtemps été seule incriminée. Il est vrai que les exemples ne sont pas rares où l'on peut invoquer l'effet de cette diathèse. C'est un fait admis qu'elle met le système capillaire dans des conditions de fragilité particulière et cette fragilité est un des facteurs importants de la production des ecchymoses.

Les anciens admettaient chez les hémophiles un état de dissolution du sang caractérisé soit par diminution de la coagulabilité, soit par perversion dans le processus de la coagulation.

Hayem et Bensaude ont bien mis en lumière l'absence de rétraction du caillot sanguin quand on le recueille dans une éprouvette par piqûre ; ils ont remarqué que la coagulation se faisait normalement dans l'éprouvette, mais qu'il n'y avait pas exsudation d'un sérum clair entre la paroi et le caillot ni au-dessus de lui : le caillot ne se rétractait pas.

L'étude des éléments figurés a permis de voir que le nombre des hémato blasts descendait de 150.000 par millimètre carré à 50.000 et au-dessous, ce phénomène étant pour eux la cause de la non rétraction du caillot et capital dans la production des hémorrhagies.

Il est évident qu'on ne peut pas toujours invoquer l'hémophilie, ni l'état du sang, car dans les cas inédits que nous publions et où M. Carrière a pratiqué l'examen du sang il était normal et les gens n'étaient pas hémophiles.

On a dit aussi que ces accidents étaient fréquents surtout chez les personnes qui font partie de la tribu nombreuse des rhumatisants, des arthritiques, des herpétiques. Dans tous les cas ceux-là sont tous des névropathes. C'est le nervosisme qui constitue le fond de leur tempérament, car l'arthritisme et le nervosisme ont entre eux de nombreux points de contact. Il y a chez ces malades un instrument tout disposé à certaines manifestations névropathiques et la dilatation angéioneurotique des capillaires est le facteur physiologique le plus important de ce processus.

Comme causes déterminantes nous allons maintenant considérer l'état des artères.

La paroi vasculaire peut être complètement indemne et alors il n'y a pas de rupture mais simplement diapedèse des globules rouges.

Dans d'autres cas, et c'est ainsi que cela doit se passer généralement, bien que les observations n'en soient pas nombreuses, il y a altération des parois vasculaires.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'artério-sclérose qui se rencontre fréquemment et nous arriverons de suite aux lésions plus importantes.

Fox et Vilsa ont observé la dégénérescence amyloïde des capillaires dans un cas de purpura.

Hebra la dégénérescence graisseuse.

Leloir et Claude la thrombose des capillaires avec capillarite desquamative.

M. Hayem a vu aussi des lésions inflammatoires des artérioles dans trois cas de purpura. Il prit un fragment de la peau portant sur toute l'épaisseur du derme et du tissu adipeux sous-cutané chez une femme qui présentait des ecchymoses. Il trouva un certain nombre d'artérioles oblitérées offrant une épaisseur plus ou moins marquée de l'endartère. Les vaisseaux irrités et oblitérés étaient assez nombreux et siègeaient presque exclusivement au pourtour de la paroi ecchymotique.

Certaines observations cliniques montrent que les lésions des nerfs périphériques peuvent être accompagnées d'altérations des parois vasculaires qui surviennent comme une conséquence de l'altération des nerfs.

Giovanni en 1871, dans un cas de névralgie faciale trouve une dégénérescence du seul côté malade. Depuis, MM. Potain (1883) Walsham (1888) Spijarny (1894) ont fait des remarques analogues à propos de névrites.

Huchard dans un cas de névralgie brachiale gauche datant de plusieurs années trouve comme résultat une dégénérescence artérielle des artères du bras et de l'avant-bras gauche qui sont flexueuses, dures, athéromateuses, tandis qu'à droite elles sont normales.

Frenkel fait des remarques analogues, Fusch observe dans un cas de névrite des lésions de dégénérescence des vasa-nervorum allant jusqu'à l'oblitération de quelques capillaires.

MM. Pitres et Vaillard chez un ataxique dont la malléole interne et la malléole externe du côté gauche portaient de petites ecchymoses violacées de quatre à cinq centimètres de diamètre, ont vu toutes les fibres provenant du musculo-cutané et du saphène péronier altérées, toutes atrophiées à un degré plus ou moins avancé. Les autres contenaient encore quelques granulations ambrées : à ces deux formes dominantes de l'altération vint s'ajouter sur quelques tubes la fragmentation de la myéline en fines granulations avec état variqueux.

Enfin Lapinski (1899) a publié deux observations de névrite périphérique dont un cas avec taches rouges et sugillations qui étaient très probablement des ecchymoses. Il y avait dans le territoire des nerfs malades des altérations vasculaires allant jusqu'à l'endarterite.

D'autre part M. Cornil n'a pu constater qu'une distension énorme des anses capillaires terminales des papilles et de tous les vaisseaux. Cette distension avait certainement été déterminée par une hypertension artérielle. Cette hypertension existe localement, au moment des accès, dans le domaine des vaisseaux lésés.

PATHOGÉNIE

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer les troubles vaso-moteurs qui déterminent les hémorragies viscérales ou cutanées.

1° Brown-Séquard pour expliquer les hémorragies viscérales consécutives aux lésions de certaines parties des centres nerveux fait intervenir une excitation des nerfs vaso-moteurs des vaisseaux qui sont la source de l'hémorragie. En vertu de cette excitation les artérioles et les veinules se contractent. Le sang reflue dans les capillaires poussé à la fois par la contraction des artères et des veines ou de ces dernières seulement. D'où distension des capillaires dont la paroi fragile cède.

Ebstein a rencontré des hémorragies de la muqueuse de l'estomac dans des circonstances très variées, mais qui avaient toutes cela de commun qu'elles impliquaient une élévation de la pression intra-vasculaire. C'est cette augmentation de pression qu'Ebstein considère comme la cause prochaine des hémorragies. C'est un acte réflexe s'exerçant par l'intermédiaire des vaso-moteurs excités; d'où contraction des vaisseaux et rupture des capillaires.

2° Lorsque pour une cause quelconque des vaisseaux sont sur une grande étendue frappés de contraction spasmodique à la suite d'une impression de froid par exemple, le sang reflue dans les vaisseaux ne participant pas au spasme et les distend. Quand cette distension dépasse certaines limites, elle entraîne une rupture de la paroi vasculaire. M. Bouchard dit : « Le spasme des vaisseaux de toute la périphérie du corps augmente la tension en fermant une partie notable des orifices d'écoulement. »

Il en peut résulter des déchirures dans les parties délicates qui ne sont pas protégées par un spasme analogue et surtout dans les parties profondes dont les vaisseaux restés dilatés sont brusquement surpris par l'apport subit de toute la masse du sang refoulée de la périphérie. Ce qu'une irritation venue de la périphérie peut produire par action réflexe, un trouble survenu dans les centres de l'innervation peut l'engendrer directement.

Ce mécanisme paraît convenir tout particulièrement à l'interprétation des cas où des hémorrhagies surviennent à la suite d'une irritation de la périphérie ou à la suite de douleurs violentes qui entraînent un reflux du sang vers la profondeur.

Strauss dit aussi que les ecchymoses survenues chez les ataxiques à la suite de douleurs fulgurantes peuvent être considérées comme le résultat de congestions vasculaires locales de nature vaso-paralytique résultant de l'irritation des faisceaux postérieurs radiculaires sur les nerfs vaso-moteurs qui émergent de la moelle

par les racines antérieures. Le fait qui est visé et qui a rapport aux ecchymoses des ataxiques rentrerait dans le cadre des phénomènes congestifs d'ordre réflexe comme on le voit survenir fréquemment à la suite de l'excitation douloureuse des nerfs sensitifs ou des racines postérieures de la moelle, congestion aboutissant rapidement à la diapédèse des globules rouges ou à la transsudation des matières colorantes du sang.

Expérimentalement, en effet Mathieu et Gley, en passant une mèche imbibée de chlorure de sodium dans le sciatique des chiens ont pu trouver dans les coupes histologiques de la peau de la plante des doigts des traînées de globules rouges répondant à des capillaires dilatés et de petits foyers hémorrhagiques.

3^e Strauss a fait une autre hypothèse. Il rattache ces troubles à une irritation directe centrifuge des filets vaso-dilatateurs contenus dans les racines spinales postérieures. Malheureusement on est loin de s'entendre sur la présence des filets vaso-dilatateurs dans les racines postérieures.

L'excitation des filets vaso-dilatateurs peut-elle rendre compte de ces hémorrhagies. Les hémorrhagies pulmonaires provoquées par Brown-Séquard grâce à une irritation traumatique du pont de Varole n'existaient qu'autant qu'on avait sectionné la moelle au niveau de la 6^e ou 7^e vertèbre cervicale preuve que l'influence qui détermine la production des hémorrhagies n'est pas d'ordre paralytique.

Vulpian d'un autre côté doutait que la dilatation vasculaire produite par l'excitation des vaso-dilatateurs

pût engendrer une stase sanguine et conséquemment des hémorrhagies.

4° Une autre théorie a été émise ayant rapport à l'obstruction emboligène des petits vaisseaux. Que les lésions traumatiques entraînent des ecchymoses et des extravasations sanguines à distance il vient naturellement à l'esprit de songer à l'entraînement loin du foyer primitif de caillots fibrineux qui s'arrêteront dans les capillaires de certaines régions pour provoquer des désordres vasculaires connus sous le nom d'infarctus. Dans plusieurs des points ecchymosés la membrane muqueuse a été trouvée par Vulpian infiltrée de sang et l'altération rappelait celle qui constitue les infarctus hémorrhagiques. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas dans ce cas d'infarctus du même genre ayant pour cause soit la formation de caillots dans les artérioles, soit l'arrêt de ces blocs obturant ces artérioles.

5° Une autre manière de concevoir la production de ces hémorrhagies est de faire intervenir la paralysie des vaso-moteurs (constricteurs) on siège l'extravasation sanguine c'est la théorie vers laquelle penche Vulpian.

On peut se demander, dit-il, si elles ne seraient pas plutôt le résultat d'une paralysie dite réflexe des quelques nerfs vaso-moteurs destinés aux poumons ou autres parties dans lesquelles on trouve des ecchymoses. Une lésion des centres nerveux, une blessure du Pont de Varole déterminent par le mécanisme indiqué une cessation plus ou moins complète du tonus des vaisseaux de telle ou telle partie du corps, d'où con-

gestion pouvant aller jusqu'à la rupture des capillaires. Rien de plus naturel, en effet, que d'admettre comme conséquence d'une lésion destructive de certaines portions des centres nerveux une suppression de l'influx nerveux que transmettent les fibres de tout ordre qui tirent leur origine du foyer occupé par la lésion ou qui ne font même que le traverser. Cette même théorie serait applicable aux cas où des hémorrhagies à distance sont consécutives à une irritation partie de la périphérie. Car si une telle irritation a pour effet immédiat de déterminer par voie réflexe la contraction des parois des petits vaisseaux de certaines régions du corps, cette contraction est éminemment passagère : elle fait bientôt place au relâchement paralytique des vaisseaux primitivement préservés. C'est ainsi qu'à la pâleur de la face déterminée par une émotion subite succède bientôt une rougeur interne et diffuse qui chez les sujets prédisposés frappés de neurasthénie par exemple peut aller jusqu'aux extravasations sanguines sous forme d'ecchymoses capillaires.

On peut à cette théorie opposer les résultats des expériences de Clément Bernard relatives aux effets de la section du grand sympathique concernant du côté opposé une hyperémie très manifeste. Par suite de la paralysie des vaso-constricteurs les vaisseaux se relâchent et se laissent ainsi traverser par une plus grande quantité de sang ; à la longue survient une irruption, mais pas d'hémorrhagie.

Sans doute, mais d'autres expériences de Bouchard démontrent qu'en pareil cas le moindre accroissement

de la pression intravasculaire suffit à provoquer des extravasations sanguines dans l'oreille hyperémiée. Ce résultat fut obtenu dans l'expérience de Bouchard à la suite de la ligature de l'aorte abdominale et aussi de l'injection dans les vaisseaux d'une certaine quantité d'eau tiède.

6° Doit-on accepter encore l'opinion très séduisante qui prétend que le système nerveux n'a d'influence qu'avec l'aide de substances toxiques.

Sanarelli en inoculant à un singe de la toxine typhique vit apparaître sur la peau du ventre, au thorax et sous les aisselles des taches d'une couleur rouge hémorragique ayant la forme de cercles, les uns assez petits et arrondis, les autres assez étendus, irréguliers et tout à fait semblables à des taches hémorragiques sous-cutanées.

Charrin a provoqué dans les organes et le tissu cellulaire sous-cutané en injectant à des anguilles de la toxine pyocyannique. Les bacilles, les toxines modifiant dit-il, l'action vasomotrice, resserrant ou dilatant suivant la dose, amenant encore suivant la dose une hypertension ou une hypotension.

Les toxines élaborées peuvent déterminer des lésions médullaires passagères qui expliquent les douleurs, les fourmillements et le purpura c'est que le résultat de la dilatation angioneurotique des capillaires par action réflexe sur les vaso-moteurs de la moelle.

7° On a enfin prétendu que les ecchymoses étaient dues à une congestion intense sans rupture, ni extravasation.

Les observations inédites que nous publions apportent un appoint sérieux à certaines hypothèses que nous avons vu émises précédemment.

On n'a pas été sans remarquer ce fait presque constant à savoir que les ecchymoses apparaissent du côté seul où existent la ou les lésions nerveuses et que si deux côtés sont pris elles sont symétriques.

Des lésions vasculaires nous en retrouvons dans un cas de méningite tuberculeuse où des fragments de peau ont été recueillis au niveau des ecchymoses. On y voyait le sang infiltrant les faisceaux du tissu conjonctif sous dermique et l'on a été surtout frappé de ce fait : qu'un grand nombre de petits vaisseaux de cette région et surtout les vaisseaux intra-papillaires présentaient des lésions manifestes de vascularite chronique.

Nous en avons un second exemple dans un cas de névrite parenchymateuse où des fragments de peau pris au niveau des ecchymoses ont été encore examinés. Les petits vaisseaux de cette région, surtout les artères papillaires présentaient des lésions de vascularite chronique prononcée.

Enfin chez une parkinsonnienne des coupes de la peau portant sur la région de l'espace inter-métacarpien où se produisaient les ecchymoses ne présentent aucune lésion appréciable. On doit y signaler seulement des lésions d'endo et de péri-artérite chronique très prononcée.

Des lésions d'un autre ordre attirent aussi notre attention.

Chez un de nos malades porteur d'ecchymoses au niveau des 5° et 6° espaces intercostaux, le 6° intercostal droit semble sain, mais cependant on y note une quantité anormale de fibres grêles et pâles, mal imprégnées par l'acide osmique. Sa racine présente le même aspect. Le 5° intercostal gauche et sa racine sont sains et ne présentent en revanche aucune lésion.

Un autre atteint de sciatique a les nerfs musculo-cutané et sciatique poplitè externe gauche, le cutané péronier des deux côtés très malades. C'est à peine si sur 20 fibres nerveuses on en trouve 4 à 5 de saines : toutes les autres présentent les lésions classiques de la dégénérescence wallérienne.

Un troisième dont les nerfs des membres supérieurs sont examinés après fixation à l'acide osmique a des lésions de névrite interstitielle sans dégénérescence marquée des fibres nerveuses. Sur les coupes longitudinales ou après dissociation on les trouve cependant grêles et moniliformes avec prolifération des noyaux.

Nous avons remarqué en outre que la tension artérielle dans le domaine malade, en particulier dans les névrites, était plus élevée que dans le domaine des nerfs sains. Il n'y a qu'à se reporter pour s'en convaincre à nos observations.

En résumé toutes ces recherches tendent à prouver qu'une seule action est insuffisante pour déterminer l'apparition des ecchymoses spontanées, que cette action soit sous la dépendance du système nerveux comme d'aucuns le prétendent ou sous celle du système vasculaire comme d'autres l'ont voulu. La physiologie

nous enseigne qu'il existe dans les parois des vaisseaux des fibres musculaires lisses qui à l'état normal maintiennent ces vaisseaux dans un état moyen de contraction qu'on appelle tonus vasculaires. N'imaginons-nous pas facilement ce qui arrivera dans la plupart des cas. La lésion des nerfs, comme nos autopsies le prouvent, est la première en date tout au moins en ce qui concerne les névrites. Cette dégénérescence nerveuse amène une modification dans la nutrition des cellules de la paroi vasculaire. De plus par suite de l'affection des nerfs le tonus de la paroi vasculaire disparaît, la circulation du sang dans les vaisseaux se ralentit et la pression locale intra-vasculaire devient très élevée.

Quant à cette hypertension s'ajoutent des lésions vasculaires anciennes ou récentes il est facile de comprendre que les vaisseaux ne sauraient résister. Dans certains cas ils se contentent de laisser transsuder les globules sanguins dans d'autres, qui sont peut-être aussi nombreux il y a rupture et extravasation.

Est-ce à dire que le système nerveux périphérique est seul en jeu dans la question qui nous occupe ? Nous ne pouvons nous résoudre à le croire.

M. Carrière a eu l'idée de rechercher si certaines portions de la moëlle épinière n'étaient pas touchées et en particulier la colonne de Clarke. On sait que Gaskell reprenant les idées de Jacobowitch faisait naître les fibres vaso-motrices de la colonne de Clarke, cette colonne ne se rencontrant qu'aux régions qui donnent naissance à des fibres vaso-motrices, Demange-Koller, il y a quelques années, émit aussi cette opinion. M. Car-

rière a trouvé dans un cas de méningite la moëlle saine en apparence. Histologiquement toutes les parties étaient saines à l'exception des cellules de la colonne de Clarke qui étaient manifestement altérées ; ballonnées, comme hydropiques et à noyau déjeté vers la périphérie parfois même fragmentés.

Une autre fois chez une malade atteinte de paralysie agitante il ne trouve dans la moëlle que des lésions légères localisées dans la région de la zone limitante, on y trouve une sclérose légère interstitielle avec atrophie des fibres nerveuses situées à ce niveau. La colonne de Clarke présente aussi de curieuses lésions. Les cellules nerveuses que l'on trouve à ce niveau sont altérées. Elles sont déformées, ballonnées. Leur noyau est déjeté à la périphérie et le réseau chromatique qui le constitue est fort peu teinté par les réactifs colorants. On trouve dans ces cellules une chromatolyse très prononcée.

Si nous ajoutons à ces recherches les conclusions de Pierret recherchant les causes de certains symptômes vaso-moteurs du tabes nous verrons qu'il n'est pas invraisemblable de considérer le tractus *intermedio lateralis* comme un lieu d'élection qui aussitôt lésé détermine des troubles circulatoires allant jusqu'aux hémorragies sous-cutanées. « J'ai réussi, dit-il, à montrer par des coupes longitudinales du bulbe faite à l'état pathologique et l'état normal que cette colonne en grande partie vaso-motrice s'incurve au niveau des pyramides pour reprendre dans la moëlle une situa-

tion analogue à celle occupée dans le bulbe et s'adjoindre à des fibres vaso-motrices ».

S'il en est ainsi la paralysie vaso-motrice dont l'action a été démontrée est due tantôt à une lésion des centres nerveux ou de la moelle, tantôt à une lésion périphérique. Ce qui est certain c'est qu'elle ne suffit pas pour expliquer les hémorrhagies sous-cutanées et qu'il faut adjoindre à cette cause puissante l'état de maladie plus ou moins grave des capillaires périphériques.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC TRAITEMENT

Le diagnostic est simple à faire en tenant compte de l'état général du malade. Néanmoins il faut être très réservé dans certaines circonstances où intervient la justice surtout quand on a affaire à des hystériques. Il peut très bien arriver comme dans l'affaire de La Roncière le Noury où un homme était accusé de viol que des traces de contusions marquées sur la peau amènent une condamnation, alors qu'il n'y a eu viol qu'en rêve.

Bergeret cite un cas analogue.

Les ecchymoses servent souvent à faire le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie : elles sont un signe très important.

Comme pronostic elles n'offrent rien de particulier si ce n'est qu'elles précèdent parfois certaines attaques d'apoplexie.

Au point de vue du traitement il se confond avec celui de la maladie nerveuse causale.

CONCLUSIONS

1° On trouve des ecchymoses spontanées dans un grand nombre de maladies du système nerveux.

2° Les hémophiles, les arthritiques, les herpétiques offrent un terrain particulièrement disposé à ces manifestations sous-cutanées.

3° Dans les maladies de la moelle les lésions médullaires et en particulier celles de la colonne de Clarke que certains auteurs ont considérée comme vaso-motrice permettent de comprendre qu'on a affaire à des troubles vaso-moteurs.

4° C'est encore par une paralysie vaso-motrice qu'on explique la production des ecchymoses dans quelques maladies de l'encéphale.

5° Dans les névrites périphériques et les névralgies les lésions nerveuses sur le domaine des nerfs où se produisent les ecchymoses montrent bien que ces accidents sont dus à des troubles vaso-moteurs.

6° Suivant l'heureuse expression de M. Gilles de la Tourette les hystériques et les neurasthéniques présentent une véritable diathèse vaso-motrice intervenant pour expliquer la localisation des troubles vasculaires.

7° En dehors des troubles vaso-moteurs il existe une cause adjuvante qui réside dans l'état particulier des

artères au niveau et dans le voisinage des plaques ecchymotiques où elles présentent des lésions d'endo ou de périartérite ou encore de vascularite chronique.

8° Les troubles vaso-moteurs amènent une hypertension artérielle qui peut déterminer parfois l'extravasation des globules. Mais cette extravasation qui est due quelquefois encore à une rupture des capillaires est favorisée par les lésions artérielles précitées. Ces deux causes agissant dans le même sens et simultanément sont de nature à expliquer la genèse de la formation des ecchymoses spontanées.

9° Il faudrait penser au diagnostic différentiel avec les ecchymoses traumatiques dans certains cas d'expertise médico-légale rares.

10° Le pronostic et le traitement sont identiques à celui de la maladie nerveuse causale.

Vu : le Président de la thèse,

A. JOFFROY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Caizergues.** — Annales cliniques, Montpellier (1814).
- Olivier.** — Archives générales de médecine (1827).
- Monneret.** — Pathologie générale, t. II (1857).
- Parrot.** — Gazette hebdomadaire (1859).
- Charcot.** — Compte-rendu société biologie (1868).
— Archives de physiologie (1868).
- Lépine.** — Archives de physiologie (1869).
- Bouchard.** — Thèse agrégation (1869).
- Troisier.** — Mémoires, Société anatomique (1873).
- Vulpian.** — Leçons sur l'appareil vaso-moteur (1875).
- Charcot.** — Leçons sur les maladies du système nerveux (1876).
- Chevalier.** — Thèse Paris (1877).
- Gilbert.** — Gazette médicale (1877).
- Landowsky.** — Gazette hebdomadaire (1880).
- Arnozan.** — Thèse agrégation (1880).
- Raymond.** — Compte-rendu, société biologie (1881).
- Raymond et Oulmont.** — Gazette médicale, Paris (1881).
- Strauss.** — Archives de neurologie (1882).
- Joffroy.** — Archives de physiologie normale et pathologique (1882).
- Langlois.** — Thèse Paris (1882).
- Faisans.** — Thèse Paris (1882).

Putnam. — Thèse Paris (1882).

Pouget. — Thèse Paris (1882).

Heller. — Revue de médecine (1884).

Œttinger. — Thèse Paris (1885).

Leval Piquechef. — Thèse Paris (1885).

Dumontpallier. — Compte-rendu société biologie (1885).

Pitres et Vaillard. — Revue de médecine (1886).

Talanon et Lécorché. — Gazette médicale (1887).

Halluin. — France médicale (1889).

Gilles de la Tourette. — Nouvelle iconographie de la
Salpêtrière (1890).

Raymond. — Société médicale des hôpitaux (1890).

Bossu. — Thèse Paris (1894).

Gilles de la Tourette. — Traité de l'hystérie (1895).

Athanassio. — Archives de neurologie (1897).

Hayem et Bensaude. — Bulletin société médicale hôpi-
taux (1897).

Lévi. — Société de biologie (1898).

Cololian. — Archives de neurologie (1898).

Attal. — Thèse Paris (1898).

Houeix de la Brousse. — Thèse Paris (1899).

